

Accompagnement des grossesses adolescentes : vers leur poursuite ou leur interruption ?

Regards croisés de l'éducateur et de l'éducatrice sociale
sur le vécu des jeunes filles enceintes



Réalisé par : Anex dit Chenaud Mélissa
Promotion : Bach ES 18 - PT
Sous la direction de : Baumgartner Marie Cécile

Lavey-Village, le 26 octobre 2021

REMERCIEMENTS

Par ces quelques mots, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont directement ou indirectement aidée dans la réalisation de ce travail, en particulier :

- Madame Marie Cécile Baumgartner, directrice de ce travail de Bachelor, pour sa disponibilité, son investissement, ses précieux conseils et ses encouragements ;
- Les éducateurs et éducatrices sociales qui ont accepté de participer à cette recherche, pour leur disponibilité, le partage authentique de leur expérience, leur confiance et leur professionnalisme. Ce travail n'aurait pas eu lieu sans leur participation ;
- Les personnes de mon entourage, pour leur écoute, les remises en question et le soutien manifesté tout au long de ce travail ;
- Les relecteurs et relectrices de ce travail, pour l'énergie et le temps généreusement consacré à la relecture.

MENTIONS

« Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteure ».

« Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteur·e·s, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués. Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études. J'assure avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche ».

M. Anex

RÉSUMÉ

Ce travail de recherche prend place dans le cadre du Bachelor of Arts HES-SO en Travail social, plus spécifiquement dans l'orientation Éducation sociale. Le présent Travail de Bachelor porte sur l'accompagnement des éducateurs et des éducatrices sociales (ci-après ES) auprès de jeunes filles enceintes, vers la poursuite ou l'interruption de leur grossesse. Il se découpe en six parties. La première partie présente les raisons qui ont amené à développer cette thématique des grossesses adolescentes et en particulier celle de l'interruption de grossesse. À partir de différentes interrogations se sont ensuite construites la question de recherche et les hypothèses de compréhension. Celles-ci ont servi de ligne directrice tout au long du processus de recherche.

La seconde partie aborde les différents concepts théoriques nécessaires à la compréhension du sujet : en premier lieu la grossesse, puis l'interruption de grossesse, l'adolescence et enfin les rôles et fonctions des ES. Ces concepts ont été développés à partir de lectures à caractère scientifique. À la suite de ceux-ci s'est construite la troisième partie de ce travail. Il s'agit de la méthodologie. Elle aborde les étapes essentielles pour accéder au terrain d'enquête, le choix de l'échantillon et de la méthode de récolte de données, ainsi que les enjeux liés à la recherche. Quatre entretiens ont été menés auprès des ES, de façon à récolter des données empiriques en lien à la thématique traitée.

Ainsi, ces données ont permis d'approfondir les trois hypothèses de recherche : le vécu des jeunes filles en termes de poursuite ou d'interruption de grossesse, le rôle de l'ES dans l'accompagnement, ses valeurs et son propre vécu de ces situations. Cette quatrième partie propose une analyse détaillée de ces données. Principalement deux tendances ont été relevées : premièrement l'influence du contexte de vie dans la réflexion et la décision des jeunes filles de poursuivre ou d'interrompre leur grossesse ; deuxièmement la variation des postures des ES en fonction de leurs valeurs et de leurs expériences professionnelles.

La cinquième partie traite des possibilités d'action en lien à ce type d'accompagnement. Du côté des jeunes, il a été relevé en particulier la nécessité de proposer des ateliers de prévention, que ce soit par des acteurs externes ou par les personnes concernées elles-mêmes par une problématique ; de travailler leur capacité à se positionner dans une relation. Du côté des ES, les éléments mentionnés sont les suivants : l'importance de travailler au plus près de leurs convictions, d'être au clair avec leurs limites et finalement de tendre vers une certaine neutralité. La sixième et dernière partie de ce travail présente les limites de la recherche, différents bilans, puis propose quelques pistes de réflexion pour un éventuel complément de recherche.

MOTS-CLÉS

- ♦ Grossesse
- ♦ Interruption de grossesse
- ♦ Rôles et fonctions de l'éducateur et de l'éducatrice sociale
- ♦ Valeurs

TABLE DES MATIÈRES

1	PRÉPARATION À LA RECHERCHE.....	6
1.1	CHOIX DE LA THÉMATIQUE.....	6
1.2	QUESTION DE RECHERCHE.....	6
1.3	HYPOTHÈSES	7
1.4	OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	7
2	CADRE THÉORIQUE.....	8
2.1	PRÉAMBULE	8
2.2	GROSSESSE.....	8
2.2.1	Introduction.....	8
2.2.2	Stades de grossesse.....	9
2.2.3	Changements physiologiques.....	10
2.2.4	Vécu émotionnel et psychologique de la grossesse	11
2.2.5	Conclusion	12
2.3	INTERRUPTION DE GROSSESSE.....	12
2.3.1	Introduction.....	12
2.3.2	Législation fédérale	12
2.3.3	Déroulement.....	13
2.3.4	Rôle du corps médical	14
2.3.5	Méthodes.....	14
2.3.6	Risques et complications au niveau physique	16
2.3.7	Risques et complications au niveau psychologique	16
2.3.8	Raisons de l'interruption de grossesse	17
2.3.9	Données statistiques	18
2.3.10	Conclusion	19
2.4	ADOLESCENCE	20
2.4.1	Introduction.....	20
2.4.2	Caractéristiques de l'adolescence.....	20
2.4.3	Sexualité.....	21
2.4.4	Conclusion	22
2.5	ROLES ET FONCTIONS DE L'EDUCATEUR ET DE L'EDUCATRICE SOCIALE.....	23
2.5.1	Introduction.....	23
2.5.2	Travail social	23
2.5.3	Postures professionnelles	24
2.5.4	Valeurs et croyances.....	25
2.5.5	Conclusion	27
3	MÉTHODOLOGIE	28
3.1	TERRAIN D'ENQUÊTE	28
3.2	ÉCHANTILLONNAGE	28
3.3	MÉTHODE DE RÉCOLTE DE DONNÉES.....	29
3.4	ENJEUX ÉTHIQUES.....	29
3.5	MÉTHODE D'ANALYSE	30
4	ANALYSE DES RÉSULTATS.....	31
4.1	HYPOTHÈSE A : VÉCU DES JEUNES FILLES ENCEINTES	31
4.1.1	Témoignages.....	31
4.1.2	Raisons évoquées	33
4.1.3	Place de l'entourage dans la décision	34
4.1.4	Place de l'homme	36
4.1.5	Vécu de l'interruption de grossesse.....	37
4.2	HYPOTHÈSE B : RÔLE DE L'EDUCATEUR ET DE L'EDUCATRICE SOCIALE DANS L'ACCOMPAGNEMENT... 40	40
4.2.1	Prévention.....	41
4.2.2	Place de l'équipe éducative dans la décision.....	42

4.2.3	Éléments concrets de l'accompagnement	44
4.3	HYPOTHÈSE C : VALEURS ET ACCOMPAGNEMENT	46
4.3.1	Valeurs au service de la pratique professionnelle	46
4.3.2	Limites dans l'accompagnement.....	47
4.3.3	Cheminement et vécu des éducateurs et éducatrices sociales	47
4.4	SYNTHÈSE DE L'ANALYSE	49
4.4.1	Réponse à la question de recherche	49
4.4.2	Synthèse de l'hypothèse A.....	49
4.4.3	Synthèse de l'hypothèse B.....	50
4.4.4	Synthèse de l'hypothèse C.....	51
5	POSSIBILITÉS D'ACTION	52
6	BILANS ET CONCLUSION	54
6.1	LIMITES DE LA RECHERCHE	54
6.2	BILAN DU PROCESSUS DE RECHERCHE	54
6.3	CONCLUSION ET PERSPECTIVES	55
	BIBLIOGRAPHIE	57
	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	58
	ANNEXES	I

1 PRÉPARATION À LA RECHERCHE

1.1 Choix de la thématique

Ce Travail de Bachelor était l'opportunité pour moi de questionner et approfondir un sujet qui m'intéresse grandement, à savoir : l'interruption de grossesse (ci-après IG) et ses conséquences d'une part ; d'autre part l'accompagnement quotidien des jeunes par les éducateurs et les éducatrices sociales sur les questions délicates voire même taboues de l'IG, l'influence de leurs valeurs sur leurs actions et finalement leur rôle dans la relation d'accompagnement.

L'intérêt pour ce sujet est multiple. Premièrement, j'ai constaté combien mes valeurs et mes croyances me guident dans mon quotidien tant personnel que professionnel. De plus, j'ai remarqué lors de mes expériences professionnelles dans le champ du travail social l'importance et la place de l'éducateur dans la relation d'accompagnement. Chacun a sa manière propre de travailler, de collaborer et d'accompagner les usagers et usagères au quotidien.

Deuxièmement, la question de l'IG m'est apparue autant sur le plan personnel que professionnel. Sur le plan personnel, j'ai eu connaissance d'IG ou de tentatives d'IG dans mon entourage proche et plus éloigné. Je me suis régulièrement demandé quelles étaient les raisons amenant les femmes à y recourir et particulièrement quelles pouvaient être les conséquences sur leur santé physique et psychologique. De plus, j'ai assisté à une conférence où un éducateur retraité abordait son expérience en foyer dans l'accompagnement de jeunes filles enceintes (qui recouraient ou non à l'IG). J'ai donc souhaité approfondir le sujet. Sur le plan professionnel ensuite, mon questionnement est apparu dans deux moments distincts :

- Lors d'un cours d'éthique et déontologie enseigné à la HES-SO Valais en première année, nous avons abordé notamment la question de l'euthanasie « Exit » pour illustrer deux conceptions ou positions de la vie à partir de deux métaphores : la vie comme capital ou comme trésor. Le fait d'aborder des sujets sensibles voire tabous de manière neutre, objective et avec un certain recul a suscité mon intérêt. L'idée d'approfondir le sujet de l'IG par un regard éthique m'est alors apparu.
- Lors de ma première formation pratique, un jeune en foyer a exprimé auprès de son éducateur référent ses inquiétudes au sujet d'une possible grossesse non désirée de sa compagne. Le jeune était décidé d'opter pour l'IG si le test était positif (il s'est révélé par la suite négatif). Je me suis alors demandé quelle aurait été le rôle de l'éducateur dans la réflexion et dans l'accompagnement du jeune dans cette démarche d'IG.

Ainsi, mes motivations pour ce TB sont premièrement l'exploration et la compréhension de thèmes peu abordés dans le cadre de la formation et qui me questionnent particulièrement (l'influence des valeurs et la question de l'interruption de grossesse). Deuxièmement, j'envisage dans la suite de mon parcours professionnel de travailler avec des adolescent·e·s et des jeunes adultes, dans le secteur résidentiel ou dans un accueil socio-éducatif de jour. Les jeunes découvrent la sexualité et font des choix en matière de contraception. Lorsqu'une grossesse arrive, les jeunes filles sont amenées à réfléchir au recours ou non à l'IG et il arrive que les éducateurs et éducatrices sociales aient à accompagner celles-ci dans les démarches. Ainsi, ce travail pourrait être une aide dans l'accompagnement des jeunes femmes et des couples qui sont amenés à cette réflexion et décision de poursuivre ou non la grossesse.

1.2 Question de recherche

Le thème de l'interruption de grossesse suscite en moi un certain nombre de questionnements. Je me demande par exemple en quoi les réflexions de la jeune fille enceinte l'amènent à poursuivre ou interrompre sa grossesse. Si celle-ci choisit de la poursuivre, des aides sont-elles disponibles ? Si

elle décide au contraire de l'interrompre, reçoit-elle les renseignements nécessaires sur la nature et les conséquences de l'IG ? Cette décision d'y recourir vient-elle d'elle-même ou rencontre-t-elle des pressions extérieures ? Finalement, je me questionne sur le rôle de l'éducateur et de l'éducatrice sociale dans l'accompagnement des jeunes filles enceintes, et sur la manière dont celui-ci ou celle-ci se positionne dans la relation en fonction de ses propres croyances et valeurs. C'est dans ce contexte que ma question de recherche prend la forme suivante :

De quelle manière un éducateur ou une éducatrice sociale accompagne-t-elle une jeune fille enceinte dans son choix de poursuivre ou d'interrompre sa grossesse ? Quelle forme prend l'accompagnement en fonction de ses propres valeurs ?

1.3 Hypothèses

La question de recherche étant ainsi formulée, les hypothèses émises ci-dessous permettent une base sur laquelle s'appuie toute cette étude, autant au niveau du cadre théorique que des entretiens et ses analyses :

- A.** La grossesse ou l'interruption de grossesse peut être plus ou moins aisée à vivre selon le contexte de vie de la jeune fille.
- B.** L'éducateur ou l'éducatrice sociale intervient dans la réflexion et dans le choix de la jeune fille de poursuivre ou d'interrompre sa grossesse.
- C.** L'accompagnement de l'éducateur ou de l'éducatrice sociale varie en fonction de ses valeurs.

1.4 Objectifs de la recherche

Liés à l'interruption de grossesse :

- ♦ Définir la grossesse et l'interruption de grossesse ;
- ♦ Comprendre la réflexion et les enjeux relatifs à la décision d'interrompre la grossesse ;
- ♦ Connaître le déroulement et l'accompagnement avant – pendant – après l'interruption de grossesse.

Liés au rôle des éducateurs et des éducatrices sociales :

- ♦ Définir le concept de valeurs ;
- ♦ Définir les rôles et fonctions des éducateurs et des éducatrices sociales ;
- ♦ Comprendre le rôle des éducateurs et éducatrices sociales dans l'accompagnement des jeunes filles enceintes vers la poursuite ou l'interruption de la grossesse ;
- ♦ Donner des pistes aux éducateurs et éducatrices sociales dans l'accompagnement des jeunes filles enceintes dans la poursuite ou l'interruption de la grossesse.

2 CADRE THÉORIQUE

2.1 Préambule

Expérience extraordinaire dans la vie d'un homme et d'une femme, la grossesse bouleverse un certain nombre de paramètres, à commencer par les émotions. Parfois source de joie et de réjouissance, elle est d'autres fois marquée par l'inquiétude et la peur, ou encore les deux à la fois. Et cela, quelles que soient les catégories d'âge et de classe sociale.

Lorsqu'une femme apprend qu'elle est enceinte, il arrive fréquemment pour elle ou pour le couple de s'interroger : « Est-ce que je vais garder l'enfant ? ». D'autant plus pour des jeunes filles adolescentes, les circonstances et les pressions extérieures influencent grandement leur décision de poursuivre ou d'interrompre la grossesse. Le regard de la société ne favorise ni n'encourage l'idée de garder l'enfant à ce jeune âge.

Ainsi, différents éléments influencent la réflexion et la décision de la femme et du couple. En effet, le choix de poursuivre ou d'interrompre la grossesse peut être pris de manière très réfléchie, tout comme il peut être émotionnel et pris sur « un coup de tête ». Quoiqu'il en soit, il apparaît essentiel d'approfondir ce thème au regard du travail social ; les éducateurs et éducatrices sociales sont amené·e·s à rencontrer ce type de situation, particulièrement lorsqu'elles et ils sont en lien avec des jeunes filles et des jeunes garçons.

Dans le cadre de ce travail, nous allons de cette façon aborder les notions de grossesse et d'interruption de grossesse¹, pour ensuite les relier au concept d'adolescence et de sexualité. Enfin, nous allons traiter des rôles et fonctions des éducateurs et éducatrices sociales dans le cadre de la relation d'accompagnement. Nous terminerons en abordant dans ce même chapitre le concept de valeurs et de croyances qui animent au quotidien ces professionnel·le·s.

2.2 Grossesse

2.2.1 Introduction

La grossesse est un évènement particulier dans la vie d'une femme qui peut être source d'importants bouleversements. En effet, celle-ci entraîne de nombreuses modifications hormonales, physiologiques et psychologiques. Ainsi, ce chapitre aborde de manière brève ces différents éléments et présente notamment les stades de grossesse allant de la fécondation à la douzième semaine de grossesse².

¹ Avant de commencer, il paraît nécessaire de préciser trois éléments en lien à l'interruption de grossesse :

1. Le terme utilisé en Suisse est celui d'*interruption de grossesse* (IG). En France, il est question d'*interruption volontaire de grossesse* (IVG). Ainsi, le corps du texte fera mention d'IG, les citations d'IVG (provenant majoritairement d'ouvrages scientifiques français).
2. Ce dossier traitera de l'interruption de grossesse réalisée dans les 12 premières semaines de grossesse. Ne seront pas abordées les situations relatives aux IG réalisées au-delà de ce délai : atteinte grave à l'intégrité physique de la mère ou état de détresse profonde, malformation grave du fœtus ou risques concernant sa viabilité, risques de pathologie ou handicap de l'enfant à naître.
3. Les entretiens réalisés dans le cadre de ce travail (partie Analyse des résultats) s'étendent à deux cantons romands (Vaud et Valais). Ainsi, certaines spécificités concernant les procédures à suivre relatives aux deux cantons seront abordées dans le cadre théorique.

² Le choix de présenter les 12 premières semaines de grossesse sont en lien direct avec le délai légal d'interruption de grossesse fixé à 12 semaines d'aménorrhée. Le terme *aménorrhée* correspond à la non-apparition des règles menstruelles.

2.2.2 Stades de grossesse

Dans l'ouvrage *Ma grossesse*, Lavigne et Irion expliquent que « d'un point de vue théorique, la période de grossesse se définit par quarante semaines d'aménorrhée depuis le premier jour des dernières règles jusqu'à l'accouchement » (2016, p. 7). Les stades de grossesse sont donc généralement estimés à partir des semaines d'aménorrhée et non à partir de la date de la fécondation, qui elle, a lieu environ 2 semaines après les dernières règles. De cette manière, l'embryon puis le fœtus a « environ deux semaines de moins que ce que mentionne le nombre de semaines de grossesse » (Nilsson, 2018, p. 76). Ainsi, au terme d'une grossesse de 40 semaines, le fœtus a en réalité 38 semaines de vie. Par contre « lorsqu'on parle de la grossesse en mois, on compte à partir du jour de la fécondation, soit habituellement 14 jours après la date des dernières règles » (p. 76). Quel que soit la manière de compter, la grossesse correspond donc à une période d'un peu plus de neuf mois, divisée en trois trimestres marquant l'évolution du fœtus. Dans ce dossier, seul le premier trimestre est abordé puisque c'est lors de celui-ci qu'intervient la réflexion et la décision pour certaines femmes de poursuivre ou d'interrompre leur grossesse.

Le premier trimestre de la grossesse se divise à son tour en trois périodes (Philippe, 2018) :

- La période pré-embryonnaire, allant de la 1^{ère} à la 3^{ème} semaine de grossesse ;
- La période embryonnaire, allant de la 4^{ème} à la 8^{ème} semaine de grossesse ;
- La période fœtale, débutant dès la 9^{ème} semaine de grossesse.

C'est dans les trompes de Fallope que débute la fécondation. Elle marque la rencontre entre un ovule féminin, appelé ovocyte, et un spermatozoïde masculin. Cette rencontre forme le zygote. Celui-ci va se déplacer dans l'utérus pour débiter, une fois installé, la phase de nidation (environ 6 jours après la fécondation). L'hormone alors produite permet à la femme de découvrir qu'elle est enceinte en effectuant un test de grossesse. Ensuite « une phase de division cellulaire importante a lieu. Le zygote contient déjà tout le bagage génétique de l'enfant à naître. De là naît l'embryon tandis que le placenta se forme » (Lavigne & Irion, 2016, p. 71). S'ensuit la phase appelée « organogénèse » c'est-à-dire le développement des différentes parties de l'embryon et des organes. Leurs fonctions restent, à ce stade, encore minimale. L'activité cardiaque est visible dès la 5^{ème} semaine de grossesse³ et le visage commence à se dessiner. Le corps de l'embryon est moins volumineux que sa tête car son cerveau se développe plus rapidement. A la fin de la 8^{ème} semaine (6 semaines de vie), l'embryon « a acquis des caractéristiques humaines indéniables. Les yeux, le nez et la bouche sont visibles, mais n'ont pas leur apparence définitive. Il [l'embryon] devra ensuite grandir et arriver à maturation. De même, à la fin du premier trimestre, tous les organes (cœur, cerveau, poumons, reins, foie) sont plus ou moins constitués, mais ils ne sont pas fonctionnels » (p. 72). La période fœtale débute ainsi dès la 9^{ème} semaine de grossesse (7 semaines de vie). A ce stade, le cœur du fœtus est déjà formé. Le fœtus poursuit alors le développement des différentes parties de son corps (p. 73) :

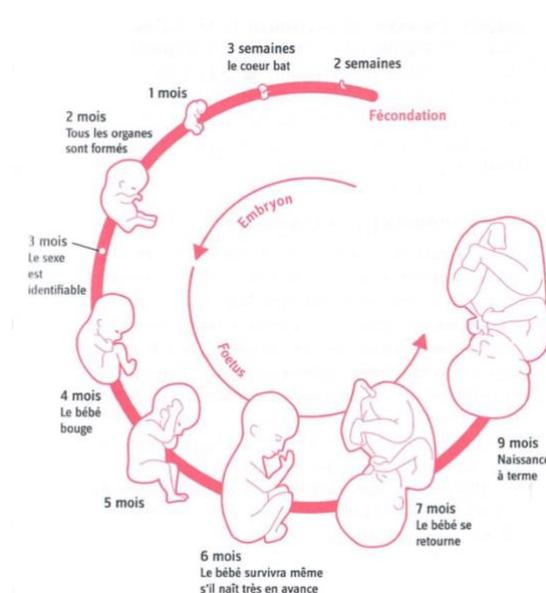


Figure 1 : Stades de développement pour une grossesse normale (Lavigne & Irion, 2016, p. 9)

³ Cela correspond à 3 semaines de vie du fœtus. La figure 1 note en effet les battements du cœur à 3 semaines car les stades de développement sont comptés à partir de la fécondation. Lorsque le décompte se fait à partir de la fin des dernières règles, on parle de 5 semaines de grossesse.

« Entre la 10^e et la 12^e semaine, le fœtus est replié sur lui-même [...]. A 10 semaines, les jambes, les mains et les pieds sont visibles. Il ressemble enfin à un bébé. Entre la 13^e et la 15^e semaine, ses mouvements sont plus libres et il peut adopter différentes positions. Le sexe du fœtus, déterminé depuis les premiers jours, est identifiable dès la 12^e semaine. A la fin du premier trimestre, le fœtus mesure 7.5 à 8.5 cm de la tête au coccyx et pèse entre 30 et 37 g. »

Dans son ouvrage *Naître*, Nilsson (2018) expose de nombreuses photographies présentant le développement de l'embryon puis du fœtus, allant de la conception à l'accouchement. Trois images ont été sélectionnées pour ce dossier afin d'illustrer différents stades de développement. La première illustration (*figure 2*) présente un embryon à la 7^{ème} semaine de grossesse (cinq semaines après la fécondation). On y remarque le cœur et le foie, de taille bien plus importante en comparaison du reste du corps. Les mains et les pieds se développent mais ne sont pas encore visibles.

A la 8^{ème} semaine, l'embryon mesure autour des 10 millimètres. Les yeux, le nez et la bouche deviennent bien visibles. La colonne vertébrale est en place. Les bras ressemblent à des petites ailes. L'embryon « commence à ressembler à un minuscule être humain » (Nilsson, 2018, p. 92). Le cerveau apparaît à travers le cartilage. De plus, les reins et l'estomac fonctionnent déjà (*figure 3*). L'embryon commence à se mouvoir, ce qui permet la poursuite de sa croissance. Il devient un fœtus et mesure environ 30 millimètres à 10 semaines. A la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse (*figure 4*), le fœtus est « gros comme le poing [...]. Les organes qui se sont formés au stade embryonnaire poursuivent à présent leur développement, et les proportions du fœtus se rapprochent progressivement de celles d'un nourrisson. La tête conserve cependant une taille démesurée [...]. » (p. 118).



Figure 2 : 7^{ème} semaine de grossesse (Nilsson, 2018, p. 83)



Figure 3 : 9^{ème} semaine de grossesse (Nilsson, 2018, p. 93)



Figure 4 : 12^{ème} ou 13^{ème} semaine de grossesse (Nilsson, 2018, p. 111)

2.2.3 Changements physiologiques

Au niveau des changements physiologiques, un certain nombre d'entre eux apparaissent très tôt dans la grossesse, comme l'expriment Lavigne et Irion (2016, p. 22) :

« La grossesse est un vrai bouleversement pour le corps. Elle se manifeste d'abord par une absence de règles et ensuite par un ventre qui s'arrondit. Mais pas seulement. Entre la fécondation et l'accouchement, toute une série de phénomènes physiologiques ont lieu pour permettre au fœtus de se développer dans l'utérus. Au quotidien, différents symptômes, parfois gênants, mais normaux, pourront être perçus ».

Parmi les symptômes les plus fréquents en début de grossesse (pendant le premier trimestre), on retrouve les nausées, les problèmes digestifs, les tensions mammaires ainsi que la fatigue. Les nausées sont ressenties par environ $\frac{3}{4}$ des femmes enceintes et s'accompagnent pour une sur deux d'entre elles de vomissement. Ce phénomène est généralement présent jusqu'à la 12^{ème} ou 14^{ème} semaine de grossesse puis finit par disparaître. Cela est dû aux modifications hormonales qui causent également un ralentissement de l'activité intestinale, pouvant de même provoquer des

problèmes digestifs tels que des troubles du transit ou encore la constipation. Parmi les symptômes apparaissant dès le retard des règles, on observe pour certaines femmes des tensions au niveau des seins : ils sont plus sensibles, augmentent en volume et peuvent être douloureux. Enfin, le premier trimestre est marqué par une importante fatigue, dû aux diverses modifications d'ordre physique. Cette sensation s'atténue tout au long du second trimestre, pour finalement revenir à l'approche du terme de la grossesse, notamment à cause de la prise de poids (Lavigne & Irion, 2016).

Passé le premier trimestre, d'autres symptômes apparaissent tels que des maux de dos, un besoin très fréquent d'uriner ou encore des sautes d'humeur par exemple (liste non exhaustive). Nous ne développerons pas davantage cette partie mais apportons une dernière précision : toutes les femmes ne sont pas touchées par tous les symptômes et l'intensité de ceux-ci varie d'une personne à une autre.

2.2.4 Vécu émotionnel et psychologique de la grossesse

La grossesse provoque toute une série de changements physiques et de remaniements psychiques. Ceux-ci sont en partie dus aux modifications hormonales, mais pas seulement. Le vécu émotionnel et psychologique de la grossesse dépend par conséquent de divers facteurs. Lavigne et Irion expliquent qu'« attendre un enfant est un moment très particulier dans la vie d'une femme. Que la grossesse ait été ardemment désirée ou qu'elle soit arrivée par surprise, elle peut s'accompagner de sentiments mélangés, entre joie, bonheur, tristesse et anxiété. » (2016, p. 129). Dans le même sens, d'autres auteurs parlent du caractère subjectif relatif au vécu de la grossesse : « La femme qui se découvre enceinte peut l'accepter plus ou moins difficilement [...] » (Nisand, Araújo-Attali, & Schillinger-Decker, 2012, p. 39). Ils soulèvent le fait que « poursuivre la grossesse, c'est aussi se sentir prête à se confronter à son propre vécu, ainsi qu'au poids plus ou moins conscient de son héritage » (p. 39). En effet, la grossesse n'est pas un fait isolé dans la vie de la femme. Elle est au contraire un acte qui s'intègre pleinement à son histoire de vie.

Ainsi, poursuivre la grossesse signifie s'inscrire dans une filiation. Elle s'insère en effet toujours « dans une histoire individuelle, transgénérationnelle et familiale » (Lavigne & Irion, 2016, p. 129). Pour certaines femmes, cela peut être difficile dès lors qu'elles sont confrontées à leur propre vécu, par exemple des parents absents, des disputes familiales fréquentes ou même un abandon. La femme enceinte est donc « amenée à revisiter son enfance, à s'interroger sur les parents [...] qu'elle a eus, sur l'enfant qu'elle a été, sur la mère qu'elle veut devenir, idem pour l'homme » (p. 129). La grossesse provoque de cette manière pour la femme et pour l'homme un certain nombre de réaménagements identitaires : elle va devenir une mère, lui un père. Ces remaniements psychiques profonds sont source d'importants bouleversements. Ils peuvent notamment amener à des remises en question existentielles :

« L'arrivée prochaine d'un enfant va donc réactiver les conflits intrapsychiques non résolus et les émotions qui y sont liés. [...] Cette transition sera vécue avec plus ou moins d'intensité en fonction du rapport que la femme enceinte entretient avec la maternité, l'enfance, ses liens avec sa mère, son corps, la sexualité, etc., et de la puissance de ce refoulement » (Lavigne & Irion, 2016, p. 130).

Les femmes ne vivent donc pas toutes ce processus avec la même intensité. Certaines sont plus vulnérables que d'autres. Le support social ainsi que les ressources affectives (les parents, les amis ainsi que le partenaire) jouent particulièrement un rôle dans le vécu psychologique de la grossesse ; de même que le contexte de vie et la satisfaction présente dans la relation de couple. Le contexte conjugal dans lequel survient la grossesse tient effectivement une place importante. Mais d'autres préoccupations apparaissent également, comme le regard des autres, les ressources financières, la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale ou encore les renoncements à venir par exemple (Lavigne & Irion, 2016). Tous ces éléments ont un impact sur le vécu de la femme enceinte.

2.2.5 Conclusion

Cette partie du travail a ainsi permis d'explorer quelques éléments en lien avec la grossesse. Nous avons pu découvrir les stades de grossesse, en particulier du premier trimestre ; quelques-uns des changements physiologiques, ainsi qu'une partie du vécu émotionnel et psychologique de la femme pendant cet événement si spécial de sa vie.

Nous avons remarqué que des transformations et des remaniements profonds prennent place chez la femme, quelles que soient les circonstances dans lesquelles survient la grossesse ; que celle-ci ait été « programmée » ou non. Les grossesses non programmées voire non-désirées viennent plus particulièrement chambouler les projets de la femme et du couple. La question de garder ou non l'enfant intervient alors pratiquement systématiquement (Philippe, 2018).

La femme est ainsi face à une certaine ambivalence, et ce spécialement au début de sa grossesse. Le premier trimestre étant en particulier marqué par les nombreux symptômes physiologiques et les remaniements psychiques profonds, nous ne pouvons exclure l'influence de ces derniers sur la réflexion et la décision de la femme de poursuivre ou non sa grossesse. Il n'est en effet pas à exclure que ceux-ci puissent conduire la femme à entreprendre les démarches vers une interruption. C'est ainsi que nous allons dans le chapitre suivant explorer en profondeur la notion d'interruption de grossesse.

2.3 Interruption de grossesse

2.3.1 Introduction

Pour comprendre par la suite comment un éducateur ou une éducatrice sociale (ci-après ES) peut accompagner une jeune fille lorsque celle-ci décide d'interrompre sa grossesse, il est nécessaire d'approfondir spécifiquement la notion d'interruption de grossesse (ci-après IG) et les pratiques qui s'y rapportent. Pour cela, nous allons découvrir premièrement la législation suisse ; pour aborder ensuite la question des méthodes abortives, le déroulement avant – pendant – après une IG, ainsi que les conséquences physiques et psychologiques. Finalement, nous parlerons des raisons évoquées pour recourir à l'IG, puis nous terminerons par la présentation des données statistiques relatives aux grossesses et à leur interruption en Suisse.

2.3.2 Législation fédérale

En Suisse, l'interruption de grossesse est régie par le Code pénal suisse (ci-après CP) aux articles 118 à 121. Sa dépénalisation sous certaines conditions fait suite à de nombreux débats au sujet notamment du régime des délais. Le CP a ainsi été modifié en mars 2001 et est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2002.

Le cadre légal actuellement en vigueur permet à la femme enceinte d'interrompre sa grossesse jusqu'à **douze semaines** d'aménorrhée⁴. Pour ce faire, la femme doit, sur demande écrite, invoquer qu'elle se trouve **en situation de détresse**. Au-delà de douze semaines, une interruption de grossesse est possible dès lors qu'un avis médical démontre qu'elle est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte. Le danger doit être d'autant plus grave que la grossesse est avancée (art 119 al. 1 du CP).

⁴ Pour rappel, les semaines d'aménorrhée correspondent au nombre de semaines depuis le 1^{er} jour des dernières règles. Ainsi, douze semaines d'aménorrhée équivalent à douze semaines de grossesse. Cela correspond à dix semaines de vie du fœtus depuis la fécondation.

Quel que soit le stade de grossesse de la femme, le médecin habilité⁵ doit s'entretenir au préalable et de manière approfondie avec elle. Il donne conseils et informations, notamment sur les risques médicaux de l'intervention. Il lui remet également contre signature un dossier comportant une liste des centres de consultations offrant gratuitement leurs services, une liste d'associations et organismes susceptibles de lui apporter une aide morale ou matérielle ainsi que des informations sur les possibilités de faire adopter l'enfant (art. 119 et 120 CP).

Les cantons désignent les établissements hospitaliers ou médicaux remplissant les conditions nécessaires à la pratique de l'IG. De plus, le médecin a l'obligation d'annoncer toute IG à l'autorité de santé publique compétente, tout en préservant l'anonymat de la femme concernée, ceci à des fins statistiques (art. 119 CP).

Le consentement du représentant légal n'est requis qu'en cas d'incapacité de discernement de la femme enceinte. En ce qui concerne les adolescentes de moins de 16 ans, le consentement du représentant légal n'est pas requis mais celles-ci sont dans l'obligation de s'adresser à un centre de consultation spécialisé pour mineurs⁶ (art. 119 et 120 CP).

Finalement, la loi prévoit le remboursement des frais liés à l'IG dans l'assurance obligatoire des soins, dès lors que l'intervention respecte les conditions fixées par le CP. Les frais à la charge de la femme sont la quote-part (10 %) et la franchise. Le site officiel de l'État de Vaud indique le coût d'une IG entre CHF 600.- et 3000.- selon plusieurs conditions, telles que la méthode et le lieu d'intervention, le stade de la grossesse, les éventuels examens complémentaires (Etat de Vaud, Grossesse imprévue / interruption de grossesse, s.d.).

2.3.3 Déroutement

La loi fédérale indique ainsi le cadre sur lequel s'appuient les cantons pour préciser leur manière de fonctionner et les lieux auxquels s'adresser pour recourir à l'IG. Bien que des différences existent, nous pouvons relever principalement trois étapes. La **première étape** relève du premier contact entre la femme enceinte et le corps médical (médecin, gynécologue, sage-femme ou conseillère en santé sexuelle et reproductive). Elle est à la fois un temps d'information et un temps d'écoute. Concrètement, cela consiste à :

- Évaluer la situation, c'est-à-dire faire constater la grossesse et déterminer l'âge gestationnel au moyen d'une échographie ;
- Évoquer les alternatives possibles et repérer une éventuelle ambivalence à interrompre la grossesse et s'assurer que la femme ne subit aucune contrainte ;
- Indiquer les possibilités d'aides et soutiens divers ou encore la procédure d'adoption de l'enfant à la femme qui souhaite poursuivre la grossesse ;
- Expliquer les deux techniques (médicamenteuse et chirurgicale), le déroulement, les risques et effets secondaires à la femme qui décide d'interrompre sa grossesse ;
- Réfléchir à la contraception actuelle et éventuellement l'adapter ;
- Programmer l'intervention⁷.

La **seconde étape** consiste à pratiquer l'intervention selon la méthode choisie. A noter que la loi n'impose aucun délai entre la première consultation et le moment de l'intervention. Finalement, la

⁵ Être porteur du titre de spécialiste en gynécologie-obstétrique et être autorisé à pratiquer dans le canton.

⁶ Pour le canton de Vaud : les centres de santé sexuelle – Planning familial PROFA ou la Division Interdisciplinaire de santé des adolescents (DISA) du CHUV. Pour le canton du Valais : les centres SIPE (Sexualité, Information, Prévention, Éducation).

⁷ Le femme enceinte est dans l'obligation selon la loi d'invoquer par écrit qu'elle se trouve en situation de détresse. Pour cela, un formulaire de déclaration a été mis en place dans le canton de Vaud qui atteste de l'entretien réalisé avec la femme enceinte et de sa décision d'interrompre sa grossesse. Ce document se trouve dans ce dossier à l'*Annexe I : Formulaire de déclaration obligatoire – Canton de Vaud*. Sur ce même formulaire, le médecin est tenu de remplir un questionnaire confidentiel à des fins statistiques.

dernière étape comprend une consultation de contrôle intervenant entre deux à six semaines plus tard selon la méthode effectuée. Il s'agit ici de s'assurer de l'expulsion complète de la grossesse, de détecter une éventuelle complication (infection, saignements, fièvre, ...), de rechercher d'éventuelles répercussions psychiques et de proposer une rencontre avec un psychologue si besoin, ainsi que discuter de la contraception mise en place (Etat de Vaud, s.d.) (Nisand, Araújo-Attali, & Schillinger-Decker, 2012).

2.3.4 *Rôle du corps médical*

Particulièrement au cours de la première étape, le corps médical est tenu d'accompagner la femme dans sa réflexion puis dans sa prise de décision, que ce soit la poursuite ou l'interruption de sa grossesse ou encore le choix de la méthode. Comme le disent Nisand, Araújo-Attali et Schillinger-Decker « l'entretien permet qu'une réflexion se mette en route pour la femme autour de ce qui lui arrive ; qu'elle interroge la place de cette grossesse et, plus largement, de la contraception dans sa vie » (2012, p. 83). Il ne s'agit donc pas de dissuader la femme ni même de procéder à un interrogatoire au sujet des raisons qui la poussent à l'IG, mais plutôt à l'accompagner adéquatement. Dans cette situation, une attitude neutre, l'écoute, le conseil et le soutien de la part du professionnel sont essentiels.

Il ne s'agit pas uniquement d'informer de manière factuelle de ce qu'implique une IG, mais également d'accompagner la femme dans son vécu et dans sa souffrance. Nous pouvons en effet parler de souffrance, comme l'indiquent Nisand et al. (2012) : « Rencontrer une femme ou un couple en demande d'IVG, c'est rencontrer quelqu'un en souffrance. Or, la souffrance se gère pour chacun de manière singulière » (p. 76). La mise en place de mécanismes de défense sert à gérer cette souffrance mais peut également empêcher la femme de se représenter le moment de l'IG. En effet, « la souffrance liée à une demande d'IVG est forte, mais ne s'exprime pas toujours de façon classique par des cris, des larmes, des plaintes. Il s'agit d'une souffrance pouvant emprunter d'autres voies, voies qui peuvent déstabiliser le professionnel. C'est une souffrance pouvant aussi rester sous silence » (p. 79). C'est ainsi que la femme peut par exemple réagir par une apparente indifférence lors de sa demande d'IG, rire nerveusement, etc. C'est au professionnel ici d'adapter sa posture et son intervention.

De plus, la culpabilité pouvant être ressentie par certaines femmes de manière plus ou moins forte ; il est important pour le professionnel d'adopter une attitude neutre et bienveillante afin de favoriser un partage authentique. Il est primordial que la femme puisse oser exprimer une certaine ambivalence ou indécision à poursuivre ou interrompre la grossesse. Cette ambivalence peut d'ailleurs aller jusqu'au moment même de l'IG. De plus, il est nécessaire qu'elle puisse partager un éventuel besoin de réflexion, et cela sans se sentir pressée dans la programmation d'une intervention. En effet, « [...] choisir, c'est aussi renoncer, et le renoncement dont il s'agit ici est bien loin d'être anodin. Il est donc essentiel que la femme prenne le temps de réflexion qui lui est nécessaire, tout en étant accompagnée psychologiquement » (Nisand et al., 2012, p. 36).

Enfin, la médecine étant un domaine agissant du côté de la vie (diagnostiquer, soigner, ...), il peut arriver que le professionnel de santé ne pratique pas ou ne souhaite pas prendre en charge les demandes d'IG. Dans ce cas, il doit référer la femme à un·e collègue ou à un autre centre spécialisé (Etat de Vaud, s.d.).

2.3.5 *Méthodes*

Les méthodes pour une IG varient selon le stade de la grossesse. Dans le cadre du délai légal des douze semaines, il existe deux méthodes : médicamenteuse et chirurgicale. Au-delà de ce délai, d'autres types d'interventions chirurgicales sont pratiquées. Celles-ci ne seront toutefois pas abordées dans le cadre de ce dossier.

L'IG **médicamenteuse** consiste en la prise de deux médicaments : en présence d'un professionnel de santé, la femme enceinte prend premièrement de la mifépristone (anciennement appelé RU 486) qui provoque l'arrêt de la grossesse. Puis, elle a rendez-vous 36 à 48 heures plus tard afin de prendre du misoprostol. Ce second médicament déclenche les contractions et l'expulsion de l'embryon. La méthode médicamenteuse est pratiquée à l'hôpital, dans une clinique ou au cabinet d'une gynécologue jusqu'à la 9^{ème} semaine d'aménorrhée (ci-après SA). Lors de l'IG, la femme peut demander à voir le fœtus après son expulsion dans le bassin. Si c'est le cas, il lui est présenté. D'autres femmes ne le souhaitent pas car cette vision pourrait être traumatisante pour elles (Nisand et al., 2012). De même, certaines femmes se posent la question du devenir du fœtus. Il est important de pouvoir répondre à leur interrogation en expliquant que le fœtus est incinéré.

Délai de grossesse	< 7 SA *	7 à 9 SA *	9 à 12 SA *
IVG	Peut être pratiquée jusqu'à 12 SA		
IVG chirurgicale	Non praticable	Praticable	Praticable
IVG médicamenteuse	Praticable	Praticable	Non praticable
IVG médicamenteuse à domicile	Praticable	Non praticable	Non praticable

Figure 5 : Méthodes utilisées selon l'évolution de la grossesse (Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), 2020)

La méthode médicamenteuse peut également se dérouler à domicile sous certaines conditions : jusqu'à la 7^{ème} SA, absence de contre-indication médicale et psychologique, être majeure, résider à moins d'une heure de l'hôpital (en cas de complication tels que d'importants saignements par exemple) et être accompagnée d'une personne de confiance (Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), 2020). Mais comme l'indiquent Nisand et al., « avorter chez soi n'est pas un "luxe". C'est se confronter à un moment physique et psychologique douloureux dans un lieu qui, certes, nous est familier, mais qui n'est pas forcément adapté » (2012, pp. 36-37). C'est pourquoi il est particulièrement important d'être renseignée et accompagnée adéquatement dans le choix de la méthode.

La **méthode chirurgicale** d'aspiration endo-utérine consiste en la dilatation du col de l'utérus par divers outils de tailles progressivement croissante, puis par l'évacuation du contenu utérin, c'est-à-dire de l'embryon ou du fœtus⁸, au travers de l'aspiration qui se fait dans de strictes conditions d'asepsie (stérilisation) (Nisand et al., 2012). Il arrive également que le médecin procède au curetage⁹ pour enlever le reste des tissus fœtaux et nettoyer complètement l'utérus. De plus, il arrive aussi que le corps médical doive s'assurer que « le fœtus a bien été expulsé en examinant visuellement les "matériaux humains" provenant de l'aspiration. Pour examiner les tissus, il est ainsi recommandé de les placer dans une compresse ou une passoire et de les rincer à l'eau » (Philippe, 2018, p. 139). Cette procédure est loin d'être un acte anodin pour le personnel médical.

Cette méthode est pratiquée entre la 7^{ème} et la 12^{ème} SA sous anesthésie générale ou locale. Elle nécessite donc une hospitalisation de jour. Il arrive que certaines femmes choisissent la méthode chirurgicale alors qu'elles se trouvent dans les délais pour procéder à une IG médicamenteuse. Selon Nisand et al. (2012, p. 31) :

« Le choix d'une méthode ou d'une autre par la femme n'est pas anodin. La signification de ce choix, pour la patiente, non plus. Par exemple, la demande d'anesthésie générale, peut être une façon pour la femme de tenter de fuir l'IVG, de ne pas y être, de ne rien en vivre. Mais ce n'est pas parce que la femme est endormie que l'IVG n'a pas eu lieu. »

C'est pourquoi il est nécessaire d'offrir un accompagnement adapté aux femmes qui recourent à l'IG. En effet, cet acte paraît de nos jours banalisé et semble à première vue ne comporter

⁸ L'embryon correspond au stade de développement entre 0 et 2 mois. Le fœtus correspond au stade de développement allant de 2 mois à la naissance.

⁹ La curette est l'instrument chirurgical servant au curetage. Elle consiste en une sorte de lame / couteau arrondi.

pratiquement aucun risque ou complication d'ordres physiques et psychologiques. Si nous partons de cette idée, nous pouvons imaginer que le rôle d'accompagnement post-IG de la part de l'ES est limité à la seule intervention. Au contraire, si l'IG comporte des conséquences autant physiques que psychologiques, l'ES pourrait devoir adapter son accompagnement sur une plus longue durée.

2.3.6 Risques et complications au niveau physique

Il existe peu d'informations disponibles sur les sites gouvernementaux au sujet des risques et complications physiques relatives à une IG. Ce manque de renseignements laisse penser que l'IG est un acte anodin comportant peu, voire pas de conséquences. Toutefois, des recherches plus approfondies permettent de nier cette idée et de relever les conséquences énoncées ci-dessous. Bien entendu, plus l'âge de la grossesse est avancé et plus les complications immédiates existent.

La **méthode médicamenteuse** s'accompagne de saignements dont la quantité et l'intensité de la douleur varient d'une femme à l'autre. Les saignements durent généralement entre 10 et 15 jours (Nisand et al., 2012). De plus, des effets secondaires en lien avec la prise des médicaments sont possibles tels que l'apparition de troubles gastro-intestinaux (crampes, diarrhée, nausées, vomissements) et autres. La principale complication de cette méthode est l'hémorragie qui survient dans certains cas. Finalement, il arrive dans 5% des cas que l'IG soit incomplète et nécessite une intervention (curetage) afin de complètement nettoyer l'utérus des résidus restants. Il arrive notamment dans de très rares cas que la grossesse se poursuive malgré la prise des médicaments (Gynécologie suisse SGGG).

La **méthode chirurgicale** comprend quant à elle davantage de complications possibles dont les informations découlent d'un document nommé *Protocole d'information pour interruption volontaire de la grossesse (IVG)* tiré du site internet de la Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique (s.d.) :

- ♦ Pendant l'intervention :
Il peut se produire une forte hémorragie, des lésions de la paroi de l'utérus avec déchirure des tissus (qui peut également provoquer des hémorragies ou des lésions des organes internes dont la vessie ou l'intestin). Il arrive dans de rares cas que des restes de tissus embryonnaires ou fœtaux se trouvent dans la cavité utérine après l'opération, ce qui nécessite une seconde intervention semblable à la première.
- ♦ À la suite de l'intervention :
Généralement il se produit de petites hémorragies accompagnées de douleurs abdominales similaires à celles des règles. Des hémorragies plus importantes peuvent survenir, des infections ou encore des thromboses (caillot dans les vaisseaux sanguins).

De manière générale, l'intervention n'influe pas sur les grossesses ultérieures. De plus, après l'intervention, il est nécessaire de mettre en place une nouvelle contraception ; il est en effet possible d'avoir une nouvelle grossesse immédiatement après l'IG.

2.3.7 Risques et complications au niveau psychologique

Les conséquences d'une IG sur la santé mentale des femmes est un sujet particulièrement complexe où règne un certain tabou, voire une « loi du silence ». Il n'existe aucune information à ce propos sur les sites gouvernementaux, pouvant laisser penser que l'IG est un acte anodin et exempt de souffrance psychique. Ce n'est toutefois pas ce qui apparaît dans la littérature scientifique.

Dans l'article *Enjeux psychologiques de l'interruption de grossesse (IVG)*, Ecochard et Bayle (2017) indiquent que 78 articles sélectionnés en 2016 dans la librairie de médecine des États-Unis permettent de mettre en lumière des séquelles psychologiques. Il s'agit de dépressions, des états d'anxiété, des tentatives de suicide, une augmentation de la consommation d'alcool ou de drogues, une faible estime de soi, de la culpabilité, des troubles relationnels et affectifs, des

dysfonctionnements sexuels, etc. Cette liste, loin d'être exhaustive, questionne la place de l'information auprès des femmes à ce sujet.

Toutefois, un débat scientifique a lieu en ce qui concerne l'existence d'un lien réel entre interruption de grossesse et troubles psychologiques. Une première étude publiée en 2008 par l'Association américaine de psychologie (citée dans Ecochard & Bayle, 2017, p. 135) conclut en l'absence de preuve que l'IG est la cause des troubles observés. Elle ne nie cependant pas l'existence de troubles des suites de l'IG. Elle accompagne plutôt sa réflexion du contexte¹⁰ et des facteurs de risque¹¹ pouvant favoriser l'émergence de ces troubles. Enfin, il est tout de même admis que le risque de troubles psychologiques augmente de 50 % dès la seconde IG.

Dans son ouvrage *Après l'IVG, des femmes témoignent*, Marie Philippe (2018) indique selon son expérience que certains groupes de femmes sont plus à risques de développer des séquelles psychologiques suite à l'IG. Ce sont notamment les adolescentes car celles-ci n'ont pas la possibilité de comprendre la signification réelle de l'acte ni l'impact de celui-ci sur leur futur. Il y a aussi les femmes qui ont déjà des enfants, celles qui se sentent sous pression à cause des circonstances (relationnelles, matérielles, financières) et finalement celles en conflit avec leurs propres systèmes de valeurs (familial, culturel, religieux).

Une seconde étude dont la masse de données est très importante, publiée par Coleman en 2011, affirme que « les femmes ayant subi un avortement ont une augmentation de 81 % du risque de troubles mentaux » (Ecochard & Bayle, 2017, p. 133). Ainsi, bien que des avis divergent, il est important de noter que (p. 133) :

« [...] sur l'ensemble des 78 études scientifiques, pratiquement toutes (une ou deux exceptions cependant) trouvent un taux de troubles psychologiques plus important chez les femmes qui interrompent leur grossesse que chez celles qui les poursuivent. *Il est donc indispensable d'écrire qu'on n'a pas réussi jusqu'à ce jour à prouver de façon absolue que c'est l'IVG elle-même qui est la cause des troubles. Mais, il est aussi indispensable d'écrire que, sauf exception, toutes les études montrent l'existence et la gravité des troubles psychologiques après IVG.* »

Dans ce contexte, il est intéressant de pencher la réflexion du côté des femmes et en particulier chercher à comprendre les raisons qui les amènent à pratiquer une IG.

2.3.8 Raisons de l'interruption de grossesse

Nombreuses sont les raisons évoquées par les femmes pour recourir à l'IG. Ces femmes constituent un groupe hétérogène de personnes : elles viennent de toute classe sociale, de différentes cultures et ont des âges variés. Les raisons les plus souvent indiquées sont les suivantes (elles peuvent se conjuguer) :

Âge de la femme	Statut affectif du couple	Situation familiale
Études ou formation	Situation professionnelle	Situation économique

Les raisons peuvent être différentes selon l'âge de la femme. Il apparaît principalement pour les femmes de moins de 25 ans la « tendance à privilégier la poursuite de leurs formations, car une maternité précoce entrave très souvent l'insertion professionnelle » (Nisand et al., 2012, p. 29). Pour celles qui ne poursuivent pas d'études, la grossesse et par la suite la maternité peuvent, au contraire, leur donner un certain statut social. En ce qui concerne les femmes entre 25 et 34 ans,

¹⁰ Par exemple des conditions de vie particulières comme la pauvreté, l'exposition à la violence, la consommation de drogues, ou encore certain type de personnalité.

¹¹ Par exemple un manque de soutien des proches, une faible estime de soi, la conscience de la gravité de l'acte ou encore des antécédents psychologiques.

leur choix est davantage déterminé par le contexte affectif. Finalement, au-delà de 35 ans c'est majoritairement le contexte affectif et la carrière professionnelle qui ont de l'influence.

2.3.9 Données statistiques

Il est désormais intéressant de se pencher sur les chiffres et statistiques relatives aux grossesses et à leur interruption. Pour en arriver aux résultats présentés dans ce chapitre, il a fallu procéder à la mise en lien de différentes données présentées par l'Office fédérale de la statistique (2021) au sujet des grossesses pour l'année 2020¹². Dans un premier temps, nous allons présenter les données générales en lien aux grossesses sans distinction d'âge, d'abord en Suisse puis dans le canton de Vaud et du Valais. Dans un second temps, nous allons présenter les chiffres relatifs aux grossesses des 15-19 ans, en Suisse, puis dans le canton de Vaud et du Valais¹³.

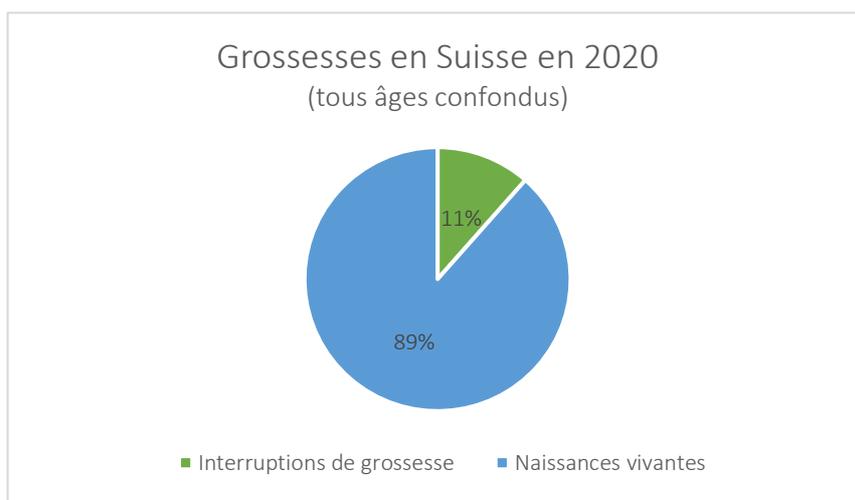


Figure 6 : Taux d'interruptions de grossesse en Suisse en 2020

Comme nous pouvons le voir sur le graphique ci-dessus, 11 % des grossesses ont été interrompues en Suisse en 2020 (taux identique en 2019). Pour le canton de Vaud, le taux s'élève à 8 % (15 % en 2019) et pour le canton du Valais à 7 % (8 % en 2019). Les IG effectuées en Suisse par méthode médicamenteuse s'élèvent à 79 % (68 % en 2019) et par méthode chirurgicale à 21 % (32 % en 2019). Enfin, 95 % des IG sont pratiquées dans les 12 premières semaines de grossesse (taux identique en 2019) (Office fédérale de la statistique, 2021).

Un document élaboré par le Centre universitaire de médecine générale de santé publique à Lausanne (Stadelmann & Suris, 2020) aborde diverses statistiques au sujet des IG dans le canton de Vaud en 2019, pour les femmes âgées de 15 à 49 ans. Sur 1'586 IG pratiquées dans ce canton, 1'384 concernaient des résidentes vaudoises (ensuite des femmes habitant le canton du Valais, puis Fribourg, et enfin des femmes d'origine étrangère). Pour les femmes domiciliées dans le canton de Vaud, 1/3 des IG concernaient des récidives. Et enfin, un certain nombre de femmes (48 %) avait déjà un ou plusieurs enfants lors de l'intervention.

¹² Pour cela, différents tableaux ont été utilisés (sources en bibliographie) :

- Nombre d'interruptions de grossesse, selon le canton d'intervention ;
- Nombre d'interruptions de grossesse chez les adolescentes (15-19 ans), selon le canton d'intervention ;
- Naissances vivantes selon l'âge de la mère et le canton ;
- Nombre d'interruptions de grossesse selon la méthode, par canton d'intervention.

¹³ Les deux graphiques (*figure 6* et *figure 7*) ont été réalisés par l'auteure du présent travail de Bachelor, à partir des chiffres de l'Office fédérale de la statistique, 2021.

Au sujet des motifs de recours à l'IG, les auteur·e·s mentionnent les éléments suivants : « La quasi-totalité des IG est liée à des motifs psychosociaux (détresse de la femme enceinte, 95.0% en 2019), viennent ensuite les motifs somatiques (4.1% en 2019). Les IG pour cause de viol/inceste ou pour raison psychiatrique concernent moins de 1% des cas en 2019 » (Stadelmann & Suris, 2020, p. 3). Nous pouvons donc constater que l'essentiel des IG effectuées dans les 12 semaines d'aménorrhée concernent des motifs psychosociaux. Les motifs somatiques s'élèvent en effet à 1.2% des IG dans cette période, puis augmentent de façon conséquente dès la 13^{ème} semaine de grossesse (54.5% des cas) (Stadelmann & Suris, 2020). Le document concernant les statistiques de l'année 2020 n'a à ce jour pas encore été établi.

Ainsi, le nombre d'interruptions de grossesse est relativement bas en Suisse pour tous âges confondus. Lorsque nous nous penchons sur les tableaux des interruptions de grossesse chez les 15-19 ans, nous observons une diminution des IG depuis 2005 (1'030 en 2005, 724 en 2019, 710 en 2020). Cela ne représente toutefois pas la réalité, car en analysant les chiffres en rapport au nombre de grossesses totales ces mêmes années, la tendance s'inverse considérablement. En effet, nous nous apercevons que 76 % de grossesses sont interrompues en Suisse en 2020 dans cette tranche d'âge (72 % en 2019), pour 58 % en 2005.

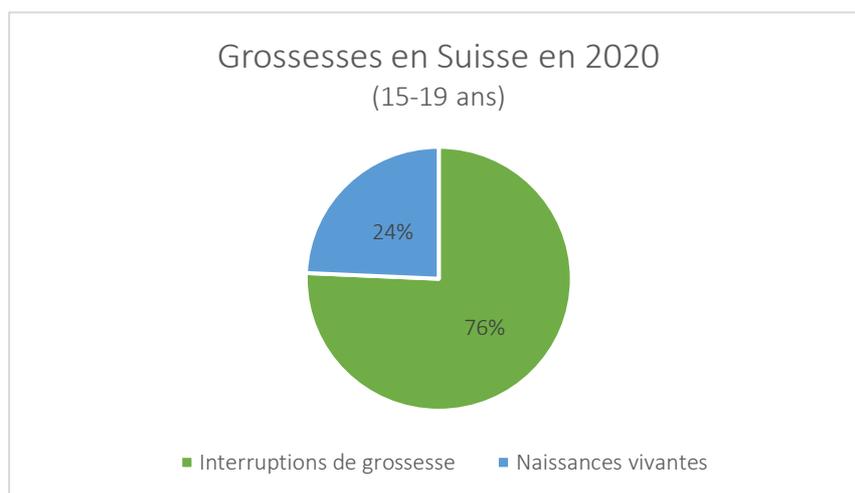


Figure 7 : Taux d'interruptions de grossesse en Suisse en 2020 chez les 15-19 ans

Pour le canton de Vaud, le taux s'élève à 82 % en 2020 (contre 78 % en 2019 et 73 % en 2005) et pour le canton du Valais à 83 % (contre 64 % en 2019 et 33 % en 2005). Ainsi, sans distinction entre le canton de Vaud et du Valais, un peu plus de trois grossesses sur quatre sont interrompues en 2020 chez les 15-19 ans (77 % en 2020). Pour l'année 2019, le taux est légèrement inférieur (75 %). Enfin, en 2005, nous comptons deux grossesses interrompues sur trois (65 %) (Office fédérale de la statistique, 2021). Ainsi, nous pouvons constater sur 15 ans une augmentation du recours à l'IG chez les adolescentes. Ces chiffres conséquents peuvent être inquiétants, dès lors que nous avons connaissance des répercussions de l'IG sur la santé mentale des jeunes. Cela questionne l'information qui leur est donnée, de même que l'accompagnement proposé par les différents spécialistes (médecins, gynécologues, conseillères et conseillers en santé sexuelle et reproductive, travailleurs et travailleuses sociales, etc.).

2.3.10 Conclusion

Cette partie du travail a permis d'explorer en profondeur la notion d'interruption de grossesse en passant par le cadre légal, les méthodes abortives, les risques et complications tant au niveau physique que psychologique, les motifs de recours à l'IG et enfin les données statistiques.

Il paraît intéressant de conclure ce chapitre par un dernier questionnaire : la place de l'information auprès des femmes. En effet, nous avons le sentiment que les femmes en demande

d'IG sont insuffisamment renseignées sur le déroulement concret de l'acte, sur les séquelles et conséquences possibles ainsi que sur les informations et propositions d'aides concrètes pour mener la grossesse à terme. Si l'IG est effectivement un droit de la femme, il semble que cette dernière est en droit de disposer d'une information complète et objective, et ceci sans crainte d'être culpabilisée par le corps médical. En effet, on peut considérer une femme libre de faire son choix dès lors qu'elle a conscience de l'acte qu'elle va poser, qu'elle a été écoutée et épaulée par une personne compétente.

Une grossesse non désirée peut provoquer de nombreuses craintes ; il est donc primordial d'être présent pour rassurer la femme et lui rappeler sa liberté : elle peut choisir de poursuivre sa grossesse ou de l'interrompre. En effet, trop souvent l'IG paraît être la seule solution possible. Mais comme le dit Philippe (2018) : « Il n'y a pas de vrai choix s'il n'y a qu'une seule option... surtout quand on sait qu'une grande proportion de jeunes femmes fait l'objet de pressions et contraintes extérieures fortes » (p. 9). Dès lors sachant qu'un nombre important de femmes éprouvent de la honte et de la culpabilité à la suite de l'IG, il est peut-être nécessaire d'interroger la place de l'information auprès de celles-ci.

Ainsi, comme nous l'avons vu, poursuivre ou interrompre sa grossesse sont des choix pleins de conséquences et ne peuvent être pris à la légère. Il est dès lors de notre devoir d'accompagner les femmes dans leur réflexion de manière franche et honnête, en y mêlant écoute et bienveillance. C'est donc dans ce contexte qu'il est intéressant de nous pencher sur les rôles et fonctions de l'ES dans l'accompagnement de jeunes filles enceintes. Mais avant cela, nous allons définir l'adolescence et le rapport des adolescent·e·s à la sexualité.

2.4 Adolescence

2.4.1 Introduction

Dans le but d'accompagner au mieux des jeunes filles enceintes dans leur réflexion et leur décision de poursuivre ou d'interrompre leur grossesse, il est important d'avoir conscience des caractéristiques propres à cette période de vie. C'est dans cette perspective que nous abordons dans ce chapitre les caractéristiques relatives à l'adolescence ainsi que le rapport des jeunes à la sexualité.

2.4.2 Caractéristiques de l'adolescence

Le terme Adolescence vient du latin *adolescere* signifiant grandir, croître (Solioz, 2018). Il marque en particulier le **passage de l'enfance à l'âge adulte**. A partir du XIX^{ème} siècle, ce terme « acquiert une position spécifique dans la production littéraire et apparaît aussi comme une préoccupation fondamentale dans le discours de certains hommes politiques et de certains moralistes » (Claes, 1986, tiré de da Conceição Taborda-Simões, 2005, p. 521). L'adolescence devient alors progressivement reconnue en tant que catégorie d'âge spécifique.

Un certain nombre d'auteurs définissent cette période de vie comme une phase de transition ou une période de crise. En accord avec les propos de Maria da Conceição Taborda-Simões dans le *Bulletin de psychologie* (L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ?, 2005), nous préférons dans le cadre de ce travail aborder l'adolescence en tant que période de développement et de changement. De cette manière, les différentes caractéristiques liées à l'adolescence sont abordées de façon positive et mettent en lumière le potentiel transformateur relatif à cette période de vie.

Pour commencer, il est difficile de fixer précisément le début et la fin de l'adolescence.

Dimension	Début	Fin
Biologique	Début des changements sexuels et physiques	Capacité de faire un enfant
Cognitive	Apparition des premiers raisonnements abstraits	Maîtrise de la pensée formelle
Psychique	Premières tentatives d'affirmer son identité personnelle, de garder ses secrets et d'affirmer ses choix individuels	Capacité de se définir en tant que personne indépendante, d'affirmer et d'assumer son identité et ses choix personnels
Juridique	Période où les parents peuvent laisser le jeune seul à la maison sans être considérés comme négligents selon la loi	Âge de la majorité impliquant l'accession au droit de vote
Sociale	Apparition des comportements de participation autonome aux rôles collectif et construction d'un réseau social personnel indépendant de la famille	Accession à la maîtrise de soi avec l'exercice des pouvoirs et des responsabilités que cela comporte envers les autres.

Figure 8 : Début et fin de l'adolescence (Cloutier, 1996, tiré de Solioz, 2018)

Le tableau ci-contre permet toutefois de donner quelques indications à ce sujet. En ce qui concerne l'âge, il est admis que l'adolescence débiterait autour de 11-15 ans et se terminerait vers 20-25 ans. De légères différences sont observées entre les filles et les garçons, de même qu'en fonction d'autres facteurs comme la génétique, la culture, le climat ou encore le milieu de vie par exemple (non-exhaustif) (Solioz, 2018) (da Conceição Taborda-Simões, 2005).

Un certain nombre de changements vont donc être opérés au niveau du

développement physique, cognitif, affectif et social du jeune. Par **développement physique**, on comprend tout ce qui a trait aux changements sur le plan physiologique (dont le processus hormonal), le plan neurologique (développement du cerveau), le plan psychosexuel (développement physique et psychologique en lien à la sexualité) ainsi que les transformations physiques relatives à la taille, la forme du corps, la capacité musculaire, etc. Sur le **plan cognitif**, les transformations sont caractérisées par « l'élaboration d'une nouvelle forme de pensée, la pensée opératoire formelle. Il s'agit, en résumé, d'une pensée abstraite, hypothético-déductive, combinatoire et propositionnelle, capable d'accéder au monde des possibles et de subordonner le réel à ce monde [...] » (da Conceição Taborda-Simões, 2005, p. 528). Cette forme de pensée fait référence à la théorie de Jean Piaget sur le développement de l'enfant.

Sur le **plan socio-affectif** finalement, les principales transformations s'opèrent dans la relation de l'adolescent·e à autrui. En effet, poursuivant sa quête vers davantage d'autonomie, l'adolescent·e est amené·e à une recentration sur soi et une remise en question du type de relation avec les parents. Comme l'exprime da Conceição Taborda-Simões (2005, p. 529) : « Pour l'essentiel, les parents perdent le statut de personnes omniscientes et omnipotentes [...] ». Elle poursuit en précisant toutefois que « l'adolescent a besoin que ses parents soient, de façon permanente, un point de référence fondamental » (p. 529). Elle explique ensuite que « [...] de nouveaux investissements, pour la plupart centrés en dehors de la famille, lui apparaissent absolument indispensables » (Sampaio, 1994, cité par da Conceição Taborda-Simões, 2005, p. 529). Le groupe de pairs devient alors de plus en plus important et va participer à la construction identitaire de l'adolescent·e. En effet, le processus de formation de l'identité est une caractéristique fondamentale de l'adolescence, selon le psychanalyste Erik Erikson (Solioz, 2018). L'adolescent éprouve en particulier le besoin de clarifier qui il est (« qui suis-je »). C'est ainsi en majeure partie au travers du groupe de pairs et de ses groupes de références que se construit une nouvelle représentation de lui-même et des autres.

2.4.3 Sexualité

Sur le plan des changements psychosexuels liés à l'adolescence, on assiste à une **augmentation de la tension sexuelle** et à un **investissement des organes sexuels**. En ce sens, la sexualité devient pleinement génitale. Nisand et al. expliquent que « du côté de la sexualité, le corps "déborde", tant du côté du réel du corps (puberté) que du côté pulsionnel » (2012, p. 69). Les hormones vont en effet réveiller le désir de l'adolescent·e et amène celui-ci et celle-ci à découvrir son corps et le plaisir exprimé par ce dernier. Cela passe par la masturbation, le flirt et la découverte de l'autre, les

premières expériences homosexuelles¹⁴ et hétérosexuelles ainsi que la première expérience sexuelle avec un partenaire. L'âge moyen du premier rapport sexuel est d'ailleurs fixé à 17 ans (Solioz, 2018).

Ensuite, la sexualité des mineurs diffère de celle des adultes. En effet, Nisand et al. expliquent que « les rapports sont le plus souvent sporadiques (5 à 15 par an), non planifiés (63% ont lieu dans la période des vacances), et les relations de courtes durées. [De plus,] une adolescente sur cinq n'utilise aucun moyen de contraception » (2012, p. 63). Plus loin, ces mêmes auteurs parlent de la notion de prise de risque, caractéristique à cette période de vie, en ce qui concerne l'utilisation de la contraception. Ils indiquent à ce propos que « la mauvaise utilisation de la contraception (pour ne pas parler d'échec) peut ainsi être liée à un désir inconscient de prendre des risques : " Je le fais, mais ça ne m'arrivera pas. " » (p. 70). Dans ce même sens, les adolescent·e·s ne semblent pas toujours relier la sexualité avec la procréation.

Enfin, la découverte de la sexualité entraîne les adolescent·e·s à se poser de nombreuses questions. Une grande majorité des jeunes se tournent ainsi vers leurs pairs ou vers du contenu informatique pour obtenir des réponses à leurs questionnements. La pornographie en particulier est une source d'information auprès de laquelle se tournent un nombre non négligeable de jeunes garçons et de jeunes filles. Ceci n'est pas sans poser de défis. Comme l'expriment Nisand et al. (2012, p. 65), la pornographie devient :

« [...] un véritable mode d'enseignement personnel que les adolescents le veulent ou non. Comment, alors, les jeunes hommes peuvent-ils se situer en tant que compagnons ? Comment les jeunes filles peuvent-elles respecter leur corps et leur désir lorsque le modèle qui leur est présenté est celui d'objet sexuel, lorsqu'elle n'existe qu'au travers du regard de l'autre ? »

En effet, la pornographie étant une mise en scène d'un acte sexuel, celui-ci est performé par des acteurs et des actrices pornographiques. Au-delà de l'aspect éthique qu'implique ce type de contenu vidéo, une importante partie de l'acte sexuel filmé ne représente pas la réalité des rapports sexuels. Ces contenus donnent ainsi une norme de conduite que les jeunes pensent – pour certains d'entre eux – devoir s'approprier. Les relations sexuelles ainsi présentées ne leur permettent par conséquent pas nécessairement de pouvoir prendre conscience des différentes conséquences liées à un acte sexuel, dont notamment et en lien avec ce travail, le risque de grossesse non-désirée.

2.4.4 Conclusion

Cette partie du travail a ainsi permis de définir le concept de l'adolescence, en abordant les caractéristiques principales et le rapport des jeunes à la sexualité. Nous avons vu en particulier que l'adolescence implique un travail identitaire. Celui-ci amène une certaine remise en question du type de lien entretenu avec les parents et une recentration du jeune sur lui-même. Il travaille ainsi sa capacité à penser par lui-même et à imaginer sa vie. Il aspire notamment à une certaine responsabilité et réalisation de soi.

C'est ainsi que le rapport du jeune avec lui-même, de même qu'avec autrui (sa famille, ses groupes de pairs, etc.) est en profonde mutation et évolution. Ses besoins en termes d'accompagnement changent également. C'est en cela qu'il est important de connaître les enjeux spécifiques à cet âge, afin de permettre aux ES d'accompagner au mieux les jeunes filles et les jeunes garçons dans la

¹⁴ Il est fait mention ici d'expériences homosexuelles et non de pratique de l'homosexualité. Par expérience homosexuelle, nous entendons les exemples suivants, présentés lors du cours de E. Solioz (L'adolescence. Cours du module C4, 2018) : vécu en groupe de la masturbation pour les garçons, baisers échangés entre filles, etc. Les adolescent·e·s passent généralement d'abord par cette étape, avant de se diriger plus tard vers une pratique hétérosexuelle ou homosexuelle.

découverte de leur sexualité. Cela passe notamment par l'information ainsi que la prévention des risques et conséquences qui y sont liés (maladies sexuellement transmissibles, grossesse, etc.).

2.5 Rôles et fonctions de l'éducateur et de l'éducatrice sociale

2.5.1 Introduction

Avant d'aborder spécifiquement le travail de l'éducateur et de l'éducatrice sociale, nous allons premièrement définir en quoi consiste le travail social. Ensuite seront présentées diverses postures professionnelles, et enfin les concepts de valeurs et croyances.

2.5.2 Travail social

Le travail social est un domaine vaste et varié¹⁵ dont la **relation humaine** se place au centre de l'action. La Fédération internationale des travailleurs sociaux (FITS) ainsi que l'Association internationale des écoles de travail social (IASSW) approuvent lors de leur assemblée générale du 10 juillet 2014 à Melbourne la définition internationale suivante (p. 1) :

« Le travail social est une pratique professionnelle et une discipline. Il promeut le changement et le développement social, la cohésion sociale, le développement du pouvoir d'agir et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, de droit de la personne, de responsabilité sociale collective et de respect des diversités sont au cœur du travail social. Étayé par les théories du travail social, les sciences sociales, les sciences humaines et des connaissances autochtones, le travail social encourage les personnes et les structures à relever les défis de la vie et agit pour améliorer le bien-être de tous [...]. »

De plus, le travail social est régi par un certain nombre de principes dont particulièrement « le respect de la valeur intrinsèque de l'être humain et de sa dignité, le fait de ne pas nuire, le respect de la diversité, la défense des droits humains et de la justice sociale » (Fédération internationale des travailleurs sociaux, 2014, p. 2).

C'est principalement depuis le début du XX^{ème} siècle que se professionnalise progressivement le travail social. Initialement orienté vers la réduction des problèmes sociaux et le soutien aux personnes vulnérables, le champ d'action de cette profession s'est étendu à la prévention et l'insertion socioprofessionnelle, au soutien du lien social ainsi qu'à la qualité de vie des personnes (Plan d'études cadre, 2020). C'est de cette manière que le travail social vise à « prévenir, réduire et à résoudre les problèmes qui peuvent surgir en relation à l'intégration de toute personne dans le contexte social, là où se produit l'interaction entre l'individu et son environnement social » (AvenirSocial, 2014, p. 3).

Ainsi, les inégalités produites par la société, les formes de discrimination, d'exploitation, d'oppression ou encore la pauvreté dont est victime une partie des individus, deviennent les milieux d'action des travailleurs et travailleuses sociales, dans le but de promouvoir l'inclusion et la cohésion sociale. Leurs interventions, basées sur la recherche ainsi que sur des connaissances scientifiques avérées, leur permettent d'agir à différents niveaux de l'environnement : au niveau microsocial – c'est-à-dire au niveau individuel, auprès des personnes directement concernées par une problématique ainsi que l'entourage ; au niveau mésosocial – c'est-à-dire auprès des groupes de personnes spécifiques ; au niveau macrosocial – c'est-à-dire au sein de la société dans son ensemble (organisation, structure, ...).

¹⁵ Le travail social regroupe les métiers du service social, l'éducation social, l'animation socioculturelle, l'éducation de l'enfance, la maîtrise socioprofessionnelle.

En tant que spécialistes des relations sociales, les professionnel·le·s en travail social élaborent avec les personnes concernées des projets individualisés ou collectifs, en partant des ressources et compétences des celles-ci. En effet, les interventions veillent à développer l'autonomie et l'autodétermination des usagères et usagers, en gardant toujours l'objectif de travailler non pas « pour » ceux-ci mais « avec » eux. Dans cette idée, les travailleurs et travailleuses sociales favorisent un réseau de collaboration entre les différents champs professionnels afin d'accompagner au mieux les personnes en difficultés. Enfin, le travail social comprend trois métiers historiques que sont le service social, l'éducation sociale et l'animation socioculturelle. Dans le cadre du thème donné à cette recherche, seule l'éducation sociale est présentée ci-dessous. Un complément théorique au sujet des deux autres orientations se trouve néanmoins en *annexe II*.

Éducation sociale

L'un des buts fondamentaux du travail des éducateurs et éducatrices sociales (ci-après ES) « consiste à faciliter l'intégration et à prévenir la marginalisation et l'exclusion sociale en soutenant et aidant les individus et les groupes en situation de risque de façon à ce qu'ils puissent utiliser leurs propres ressources dans une communauté en changement constant » (Plan d'études cadre, 2006, p. 6). Les ES interviennent dans des rapports individuels ou en groupe restreints auprès de personnes de tous âges (enfant, jeunes, adultes, personnes âgées) et qui rencontrent diverses problématiques : handicap, addiction, immigration, difficultés sociales (délinquance par exemple) et/ou familiales, etc.

Les ES travaillent principalement en équipe et s'inscrivent dans un réseau de collaboration comprenant des professions telles que le service social, la curatelle, la justice, la psychiatrie et la psychologie par exemple. Leur intervention place au centre la relation éducative et le travail avec le quotidien des personnes accompagnées. De même, l'autonomisation et l'insertion sont au cœur de leurs actions et s'appliquent différemment en fonction des ressources et des limites des usagères et usagers. Le travail éducatif varie selon le cahier des charges, le mandat et le contexte institutionnel et légal auquel l'ES est rattaché. Son terrain d'action est très diversifié : il peut intervenir en internat et externat, dans les lieux de vie ou d'accueil, les centres de jour, les ateliers, à domicile ou encore en travail social hors murs.

2.5.3 Postures professionnelles

La posture est un élément central de la pratique professionnelle en travail social. Elle correspond à une attitude générale, un comportement ou encore une ligne de conduite qui caractérise la manière dont se positionne l'intervenant·e dans la relation d'aide. Ce positionnement varie selon la mission donnée par l'institution, les valeurs du professionnel ou encore selon sa conception de l'aide. Nombreux sont les auteurs thématissant cette notion de posture. C'est le cas notamment de Yann Le Bossé dont l'approche est centrée sur le développement du pouvoir d'agir (DPA) des personnes et des collectivités. Il aborde dans son ouvrage *Soutenir sans prescrire* (2016) quatre postures principalement utilisées dans le cadre de la relation d'aide à autrui. Il s'agit de celle dite du « policier » « sauveur » « militant » et « passeur » développées ci-dessous.

La posture du « policier »

Lorsque la ou le professionnel en travail social adopte la posture dite du policier, il travaille avec le cadre établi sur la base d'aides conditionnelles. Le respect de ce cadre est fondamental et il en ressort une certaine forme de contrôle. Cette posture est parfois nécessaire mais ne doit en aucun cas constituer la posture principale du professionnel. En effet, celle-ci a tendance à souligner davantage les difficultés d'une usagère et d'un usager et ainsi à consolider son sentiment d'impuissance. De plus, elle place la personne dans une position de « devoir agir » ne favorisant pas le développement de son « pouvoir d'agir ». Finalement, la relation devient asymétrique en ce qu'elle place le professionnel dans une position de pouvoir et d'autorité.

La posture du « sauveur »

En ce qui concerne la posture du sauveur, la ou le professionnel en travail social prend la responsabilité d'identifier le problème rencontré par la personne accompagnée et de concevoir la solution la plus appropriée. Elle ou il se positionne généralement comme l'expert de la situation « celui qui sait ». De cette manière, la personne est davantage perçue au travers de ses déficits plutôt que ses compétences. Le manque de co-construction de la solution tend à mettre cette dernière dans une position passive. De plus, le risque qu'elle ne s'engage pas dans le changement espéré est important puisque la solution proposée ne vient pas d'elle-même. Cette posture de sauveur n'est ainsi pas la plus adéquate pour promouvoir le DPA de la personne.

La posture du « militant »

Lorsque la ou le professionnel en travail social adopte la posture dite militante, celui-ci considère que sa mission principale consiste à conduire un changement social. Il s'agit par conséquent de partir d'une situation problématique exposée collectivement, pour mobiliser et réunir le groupe de personnes concernées, afin d'élaborer ensemble des pistes de solutions. Cette démarche collective de changement invite ainsi chacun à développer son pouvoir d'agir. Cette posture est adéquate dans le sens où elle permet une mobilisation citoyenne. Les limites à cette posture sont d'une part le risque du professionnel d'avoir une idée préconçue de la nature du problème et de sa solution (et ainsi de nier l'expertise des personnes concernées), et d'autre part de passer à côté de problématiques individuelles, mises de côté par la pensée dominante du groupe.

La posture du « passeur »

La posture du passeur est sans aucun doute la plus adéquate et ce en toute situation. Il s'agit pour la ou le professionnel de faciliter le franchissement d'un passage délicat ou d'un obstacle rencontré par la personne accompagnée. Dans cette situation, l'intervenant·e se tient à côté de la personne dans une relation égalitaire. La solution est élaborée dans une démarche de co-construction permettant à la personne d'être pleinement active dans le changement désiré. Cette posture convient le mieux dans le cadre du développement du pouvoir d'agir, en ce qu'elle consiste à « faciliter le passage à l'action à propos de ce qui est important pour la personne, ses proches et la collectivité à laquelle elle s'identifie » (Le Bossé, 2016, p. 41).

2.5.4 Valeurs et croyances

Toute démarche, posture ou action est majoritairement guidée par ce que nous appelons les valeurs. En effet, celles-ci sont véritablement au centre de l'action des individus au sein de leurs pratiques professionnelles. C'est pourquoi il est nécessaire d'approfondir cette notion afin de comprendre comment se positionnent les professionnel·le·s en travail social dans le cadre de la relation d'accompagnement.

Les valeurs s'appliquent autant à l'individu qu'à la société dans son ensemble. Elles s'inscrivent dans diverses disciplines comme la philosophie, l'anthropologie, la psychologie ou encore en la sociologie. Au vu de l'ampleur de la littérature traitant du sujet, il a été décidé d'aborder dans ce dossier les valeurs au travers de la psychologie principalement¹⁶. Comme le décrit Christine Chataigné, nos valeurs sont « le noyau de notre identité personnelle et groupale ; elles façonnent donc notre monde » (Psychologie des valeurs, 2014, p. 14). On comprend déjà ici l'importance qu'elles ont dans le quotidien et les comportements des individus.

¹⁶ Un complément théorique au sujet des valeurs traitées sous un angle sociologique est disponible à l'annexe II.

Psychologie des valeurs¹⁷

Dans la perspective psychologique, les valeurs sont à comprendre comme une forme d'idéal abstrait, agissant comme principe de vie guidant l'individu dans ses réflexions, ses choix et ses actions. Rokeach exprime en 1973 au sujet des valeurs qu'elles représentent des croyances par lesquelles un acte est jugé désirable ou indésirable. Elles ont ainsi une composante affective importante, une composante cognitive et aussi comportementale. Elles se réfèrent dans ce sens à un mode de conduite. Ensuite, bien qu'elles puissent changer quelque peu, les valeurs sont durables et relativement stables. Elles indiquent une préférence ou une conception de ce qui est préférable pour un individu ou un groupe (Chataigné, 2014).

A partir de 1992, Schwartz établit un modèle théorique des relations avec **dix valeurs de bases** dans lesquelles se reconnaissent les individus de toute culture. Il s'agirait de :

- ♦ L'*universalisme* : valeurs d'égalité, de justice sociale, de paix, etc. ;
- ♦ La *bienveillance* : valeurs d'honnêteté, loyauté, responsabilité, amitié, etc. ;
- ♦ La *conformité* : obéissance, politesse, discipline, etc. ;
- ♦ La *tradition* : respect de la tradition, humilité, religieux, etc. ;
- ♦ La *sécurité* : ordre social, sécurité nationale et familiale par exemple, etc. ;
- ♦ Le *pouvoir* : richesse, autorité, reconnaissance sociale, etc. ;
- ♦ La *réussite* ou l'*accomplissement* : ambition, influence, compétence, etc. ;
- ♦ L'*hédonisme* : plaisir, amour de la vie, etc. ;
- ♦ La *stimulation* : valorisation de la nouveauté et défi dans la vie, audace, etc. ;
- ♦ L'*autonomie* : liberté, créativité, indépendance, etc.

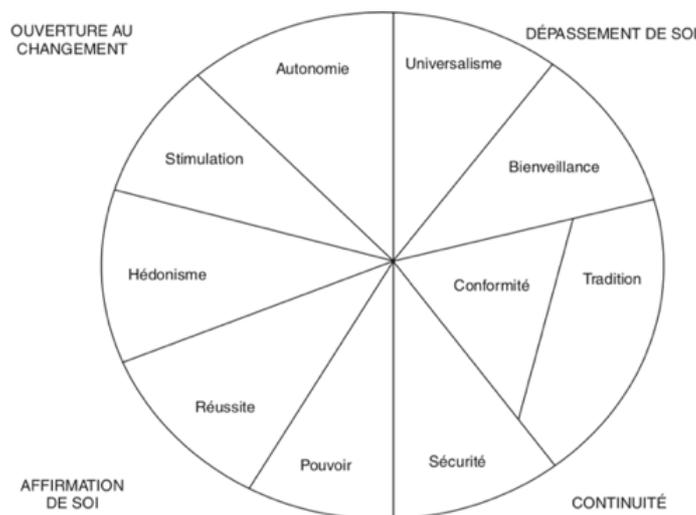


Figure 9 : Modèle théorique des relations entre les dix valeurs de base (Chataigné, 2014)

Une valeur de type « spiritualité » pourrait être additionnée avec des sous-catégories comme l'harmonie intérieure, la vie spirituelle, le sens de la vie, etc. (Schwartz, 1996, décrit par Chataigné, 2014, pp. 27-28).

Différence entre croyances et valeurs

Il est indiqué dans le Petit Larousse Illustré (2008, p. 273) que la croyance, synonyme de conviction, consiste en « ce qu'on croit, en matière religieuse, philosophique, politique, etc. ». De son côté, Christine Chataigné (2014, p. 54) exprime ainsi la différence :

¹⁷ Ce chapitre s'inspire largement du livre *Psychologie des valeurs* par Christine Chataigné publié en 2014.

« Rokeach (1968) considère qu'une personne a des centaines de milliers de croyances, des milliers d'attitudes, mais seulement une douzaine de valeurs. Par exemple, vous pouvez croire que votre conjoint est merveilleux, [...] que vos collègues vous apprécient... Vous aurez différentes attitudes envers eux, par exemple aimantes, positives, bien-intentionnées, attentives, ou moins, selon votre humeur du jour. Quant à la valeur synthétique gouvernant vos relations avec votre entourage, ce sera peut-être celle de Bienveillance, incluant amitié, amour, respect et aide à autrui. »

Comme nous pouvons le constater, il n'est pas aisé de distinguer les croyances des valeurs. Elles semblent en effet s'influencer réciproquement. Les croyances concernent donc ce qu'un individu considère comme étant vrai ou juste, et n'appartiennent pas seulement au domaine religieux. Les valeurs seraient donc davantage une appréciation qualitative de ces croyances (ceci est jugé comme désirable, bon, mauvais, etc.). Dans tous les cas, les valeurs comme les croyances déterminent les attitudes et les opinions des personnes qui les portent.

2.5.5 Conclusion

Cette partie du travail a ainsi permis d'approfondir les rôles et fonctions des ES en passant par une définition du travail social, puis par les diverses postures que peuvent adopter les professionnel·le·s dans leurs interventions. Finalement nous avons abordé les valeurs et croyances qui animent ces derniers dans leurs pratiques quotidiennes.

Il paraît intéressant de conclure ce chapitre par la mise en avant des valeurs chères au travail social parmi lesquelles « la dignité humaine, la justice, l'égalité, la démocratie et la solidarité revêtent un rôle central pour les professionnel·le·s du travail social » (AvenirSocial, 2014, p. 8). Ces principales valeurs constituent le noyau du groupe des professionnel·le·s et agissent ainsi comme une ligne de conduite dans leurs pratiques quotidiennes. C'est ensuite que chacun d'entre eux est individuellement mû par différentes valeurs qui peuvent expliquer les différences dans leurs actions auprès des usagères et des usagers qu'ils accompagnent.

En effet, selon la hiérarchie organisée au sein de son propre système, certaines valeurs prendront davantage d'importance pour l'individu. C'est ainsi qu'un professionnel davantage mû par une valeur de justice sociale s'appliquera dans son quotidien à favoriser l'autonomie des personnes par exemple. Une professionnelle dont la valeur principale serait celle de la bienveillance pourrait axer davantage son travail sur la loyauté, le soin et l'aide à autrui. C'est de cette manière que chaque pratique professionnelle prend une couleur différente selon les convictions et les valeurs des professionnel·le·s, qui s'inscrivent elles-mêmes dans un contexte institutionnel et social portant des valeurs spécifiques.

3 MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre a pour objectif de présenter les éléments mis en œuvre pour accéder au terrain d'enquête, dans le but de pouvoir par la suite confronter les éléments théoriques aux données empiriques. Il est donc question ici de présenter l'échantillonnage, la méthode de récolte de données ainsi que les enjeux éthiques liés à cette étude.

3.1 Terrain d'enquête

Cette recherche a été menée auprès d'éducateurs et d'éducatrices sociales (ES) de Suisse romande, en particulier du canton de Vaud et du Valais francophone. Pour délimiter le terrain d'enquête, deux éléments étaient nécessaires : le travail des ES auprès d'une population adolescente et une expérience professionnelle dans l'accompagnement des grossesses à terme et/ou de leur interruption. Ainsi ont été contactés des ES travaillant dans des institutions d'éducation spécialisée qui accompagnent des jeunes dans le secteur résidentiel ou en travail social hors murs. Dans leurs pratiques en effet, les situations du quotidien leur donnent accès à ces types de situations.

Pour accéder au terrain d'enquête, une liste des institutions valaisannes et vaudoises correspondant à cette recherche a été dressée et un mail d'accord de principe d'intérêt envoyé (Annexe III – point 1). Sur dix institutions contactées, seulement deux réponses favorables ont été données. Cela peut s'expliquer en partie par l'objet de la recherche ainsi que par la situation sanitaire en lien avec l'épidémie de coronavirus. Il a donc été nécessaire d'activer le réseau professionnel et personnel afin d'étoffer l'échantillon de recherche. Ce qui a permis d'organiser au total quatre rencontres individuelles avec les ES sélectionnés.

3.2 Échantillonnage

Dans le cadre de cette recherche, le souhait a été de mener des entretiens auprès des ES afin de connaître leur expérience et leur vécu dans l'accompagnement des jeunes filles enceintes. Initialement, il était question d'interviewer des jeunes filles mineures en institution. Toutefois, cette idée a été rapidement écartée dû à la difficulté d'accès au terrain d'enquête. En effet, cela aurait demandé d'obtenir le consentement des représentants légaux et la façon d'aborder l'entretien aurait nécessité une vigilance particulière. En vue de ces différentes contraintes, il a été décidé de recentrer la recherche sur le travail des ES et non plus essentiellement sur le vécu des jeunes filles enceintes.

Cette recherche comprend un échantillon mixte de personnes : trois hommes et une femme ont accompagné des grossesses adolescentes, pour certains d'entre eux uniquement des grossesses à terme, et pour d'autres seulement des IG. En lien aux hypothèses formulées en début de travail, il n'est pas apparu nécessaire d'obtenir un nombre similaire d'hommes et de femmes.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu de l'échantillon. Dans le but de préserver l'anonymat des éducateurs et de l'éducatrice sociale, il a été décidé d'utiliser dans l'analyse exclusivement le terme masculin « éducateur ». Ainsi, lors des références aux citations d'entretien, le terme est à entendre au sens neutre : il peut concerner un homme ou une femme. Au sujet de l'ancienneté dans le métier, il n'est pas question ici uniquement d'éducation sociale, mais de travail social en général (assistance sociale, maîtrise socio-professionnelle, etc.). Enfin, concernant le dernier emploi, trois ES sur quatre travaillaient dans le secteur résidentiel, bien que chacun d'entre eux ait eu une expérience professionnelle dans ce domaine par le passé.

Nom	Abréviation	Ancienneté dans le métier	Dernier emploi	Suivi des grossesses
Éducateur 1	ES 1	29 ans	Secteur résidentiel	Grossesses à terme (x fois ¹⁸) Interruptions de grossesse (x fois)
Éducateur 2	ES 2	26 ans	Secteur résidentiel	Grossesses à terme (2 fois) Interruptions de grossesse (2 fois)
Éducateur 3	ES 3	17 ans	Secteur résidentiel	Grossesses à terme (0 fois) Pertes de grossesse (1 fausse couche et 1 interruption)
Éducateur 4	ES 4	25 ans	Travail social hors murs	Grossesses à terme (2 fois) Interruptions de grossesse (0 fois)

3.3 Méthode de récolte de données

Pour la récolte de données, il a été décidé dans le cadre de cette recherche d'opter pour l'entretien semi-directif. L'entretien ou l'interview « est une méthode de recueil d'informations qui consiste en des entretiens oraux, individuels ou de groupes, avec plusieurs personnes sélectionnées soigneusement, afin d'obtenir des informations sur des faits ou des représentations [...] » (De Ketele & Roegiers, 1993, cité par Bajrami, 2018). L'entretien semi-directif a la spécificité de contenir une liste de questions préalablement définies et d'offrir en même temps une certaine souplesse à l'enquêteur ou l'enquêtrice.

Dans ce sens, une grille d'entretien a été établie, contenant une liste de questions-guide (Annexe V) servant de fil conducteur. Elles ont permis d'orienter la discussion tout en encourageant la liberté d'expression de l'interviewé·e, d'approfondir certains sujets et de recadrer la discussion lorsque cela était nécessaire. De cette façon, les réponses obtenues donnaient accès autant aux pratiques et caractéristiques de la personne qu'à ses représentations du métier et des différentes situations rencontrées.

Plusieurs avantages existent quant au choix de cette méthode (Pichonnaz, 2020). D'une part, l'entretien permet d'approfondir certaines questions et mettre de côté celles apparaissant comme non-essentiels. D'autre part, la souplesse de l'entretien donne à l'interviewé·e la possibilité d'amener de nouveaux thèmes et de s'exprimer spontanément (dans le choix des mots par exemple).

D'un autre côté, un certain nombre de limites sont à observer (Pichonnaz, 2020). La première réside dans la maîtrise du flux de parole. En effet, l'entretien peut parfois nécessiter un recadrage lorsque la personne s'éloigne du thème et des objectifs de la recherche. Cette situation est d'ailleurs arrivée au cours d'un entretien. De plus, il existe un biais de désirabilité sociale, c'est-à-dire un risque que la personne s'exprime de façon à plaire à l'enquêteur ou l'enquêtrice au lieu d'exprimer ce qu'elle pense réellement. Enfin, l'enquêteur ou l'enquêtrice doit veiller à son positionnement de façon à ne pas influencer les réponses.

3.4 Enjeux éthiques

Avant chaque étape (contacts aux institutions, formulaire de consentement, etc.), un soin particulier a été pris pour recevoir la validation de la directrice de ce travail de Bachelor. Ensuite, dès lors que l'accord des ES a été donné pour leur participation à l'entretien, un contact a été fait avec chacun par mail afin d'énoncer de manière plus précise les buts et objectifs de la recherche (Annexe III –

¹⁸ L'éducateur a suivi un certain nombre de jeunes filles enceintes, sans mentionner de nombre.

point 2). Les ES étaient de plus informés de l'attention mise sur l'anonymat et la confidentialité des données partagées, de même que du souhait d'enregistrer l'entretien dans le but de retranscrire fidèlement leurs propos.

Dans ce sens, un **formulaire de consentement libre et éclairé** (Annexe IV) a été signé à chaque début d'entretien. Dans celui-ci étaient mentionnés les éléments suivants : acceptation que l'entretien soit enregistré puis retranscrit anonymement dans un document, information au sujet de la destruction des enregistrements dès le travail de Bachelor terminé.

En ce qui concerne **l'anonymat et la confidentialité** des données, plusieurs précautions ont été observées : aucun nom et prénom des enquêté·e·s ne sont mentionnés dans cette recherche ni aucune autre information personnelle pouvant les identifier. Le nom des institutions où ils travaillent n'y figurent pas non plus, les lieux sont anonymisés et les prénoms utilisés dans l'analyse au sujet des jeunes filles sont des prénoms d'emprunt. Enfin, l'engagement a été pris par écrit de détruire les enregistrements et autres documents (retranscription des entretiens, etc.) à la fin de cette recherche.

3.5 Méthode d'analyse

Pour analyser les données récoltées dans le cadre des entretiens, plusieurs étapes ont été nécessaires. Premièrement une phase de retranscription et/ou d'écoute des enregistrements. Ensuite la construction d'une grille d'analyse (Annexe VI) et la complétion de celle-ci avec les thèmes et les données des entretiens. Plusieurs relectures du cadre théorique, de la question de recherche et des hypothèses ont été effectuées dans le but d'établir des liens entre les éléments théoriques et les données empiriques. Pour finir, une analyse transversale des entretiens a été opérée, ce qui a permis de trier les différentes données récoltées. Il reste important de préciser qu'un échantillon restreint (quatre entretiens) ne peut être représentatif de la population étudiée. De cette manière, il n'est pas possible de tirer de généralités, mais plutôt d'observer certaines tendances.

4 ANALYSE DES RÉSULTATS

Pour rappel, la question de recherche consiste à s'interroger sur la manière dont un éducateur ou une éducatrice sociale (ci-après ES) accompagne une jeune fille enceinte dans son choix de poursuivre ou d'interrompre sa grossesse. Un certain nombre de questions ont été posées aux quatre personnes interviewées et permettent de ressortir différents éléments. L'analyse a ainsi été organisée en fonction des hypothèses émises en début de travail. Nous allons les aborder les unes après les autres et approfondir différents thèmes en fonction des réponses reçues lors des entretiens.

4.1 Hypothèse A : vécu des jeunes filles enceintes

La première hypothèse consiste à s'interroger sur le vécu des jeunes filles enceintes et l'influence de celui-ci sur la décision de poursuivre ou d'interrompre la grossesse. N'ayant pas interviewé de jeunes filles, les éléments rapportés sont exprimés depuis le point de vue de l'ES. Voici la première hypothèse :

A. La grossesse ou l'interruption de grossesse peut être plus ou moins aisée à vivre selon le contexte de vie de la jeune fille.

Dans un premier temps seront exposées ci-dessous les différentes histoires de vie des jeunes filles enceintes¹⁹, qui ont été racontées par les quatre professionnel·le·s lors des entretiens. A partir de cela, nous pourrons ressortir un certain nombre d'éléments intéressants. En effet, se pencher sur le vécu des jeunes filles permettra de mieux comprendre lors des deux hypothèses suivantes comment les ES accompagnent ces différentes situations.

4.1.1 Témoignages

Lina est une jeune fille malentendante. Elle vivait dans un foyer mixte lorsqu'elle est tombée enceinte et a fini par interrompre sa grossesse. Un jour, elle faisait des signes à l'éducateur car elle souhaitait savoir si elle était stérile. Celui-ci n'étant pas au courant de son IG, il ne comprenait pas la raison de cette question. Il explique : « A la fin elle m'a dit : "Est-ce qu'on peut être stérile après un avortement ?". C'est là qu'elle a commencé à me raconter qu'elle s'était récemment fait avorter et qu'elle avait peur de ne pas pouvoir avoir d'autres bébés. C'était une question qui la hantait » (ES 1).

Sabine vivait dans un foyer de Suisse romande. Elle a interrompu sa grossesse et depuis, sa situation personnelle s'est dégradée, son copain l'a quittée et sa mère n'est pas présente pour la soutenir. L'éducateur explique qu'à cette époque, il s'était « [...] battu pour suivre son idée qu'elle voulait être maman, puis au dernier moment elle a avorté » (ES 1). Il raconte que trois ans plus tard, elle lui a téléphoné pour lui parler : « J'étais plus au boulot, elle m'a appelé chez moi, elle a trouvé mon numéro privé, pour me dire : "J'veux que tu saches que j'ai encore avorté". C'est comme un truc qui tourne dans sa tête » (ES 1).

Aneth vivait dans un foyer pour adolescentes en Suisse romande. Originnaire d'Afrique du Nord, elle est tombée enceinte après avoir eu des relations sexuelles avec un cousin lors de vacances dans son pays d'origine. En lien à sa culture, il était impossible pour Aneth d'avoir un enfant hors mariage. La situation est donc restée secrète et la maman de la jeune fille en particulier ne voulait pas mettre au courant le cousin (le père du bébé). Aneth a interrompu sa grossesse à 8 semaines puis elle a mis fin à son placement au foyer.

¹⁹ Tous les prénoms utilisés dans l'analyse sont des prénoms d'emprunt.

Karine était placée dans un foyer de Suisse romande. Elle se demandait si elle était enceinte et en a parlé avec son éducateur. Elle a ensuite pris rendez-vous à l'hôpital pour faire un test de grossesse. L'éducateur explique :

« En fait cette fille, elle est venue me parler le lundi, elle me dit : “Ah tu sais... j'me demande si je suis pas enceinte tout ça”. Je dis : “Bon eh bien on prend vite rendez-vous pour savoir où tu en es”. Le mardi elle prend rendez-vous [...] ils ont fait un test de grossesse, ils ont dit OK oui vous êtes enceinte. [...] Le jeudi elle a déjà pris un comprimé qui arrêtaient le cœur de l'enfant et le vendredi elle l'a expulsé » (ES 2).

Karine a donc interrompu sa grossesse à 8 semaines et son copain était présent à ses côtés. Elle a ensuite poursuivi son placement au foyer. À ses 17 ans, elle est retombée enceinte et cette fois a mené sa grossesse à terme. L'éducateur raconte que la situation était un peu « la cata ». En effet, son copain la tapait et sa maman était repartie vivre à l'étranger. La jeune fille était donc très seule.

Enora est passée rendre visite à l'équipe éducative de son ancien foyer pour adolescentes. Elle aussi a vécu une IG à 8 semaines qu'elle raconte à l'éducateur :

« C'était horrible j'suis allée à l'hôpital à [canton], ils m'ont donné deux comprimés là, un qui arrête le cœur puis après un 2^{ème} qui provoque l'accouchement... et puis j'suis rentré chez moi, j'étais en colocation avec une copine pis euh la nuit j'ai eu tellement mal, je savais pas comment faire [...] je pense que j'avais des contractions. [...] Puis après j'suis allée me mettre dans la baignoire... parce que j'voulais me détendre. J'ai mis de l'eau chaude, après j'ai commencé à saigner ça coulait tout ça, c'était rouge [...]. J'étais couchée par terre, j'criais, j'pleurais, pis ma colocataire elle est venue, elle m'a dit : “Mais ça va ?” J'ai dit : “Non ça va pas...” Du coup elle a appelé ma mère. Ma mère elle est venue, elle m'a prise dans sa voiture, elle m'a emmené à l'hôpital... et puis j'ai fini là-bas... » (ES 2).

Mélo die vivait en internat la semaine et rentrait chez ses parents les week-ends. Un jour, elle est venue spontanément annoncer à son éducateur référent qu'elle était enceinte. Elle était en insertion professionnelle et n'avait pas de travail ni de situation fixe. Sa relation avec son copain était tendue. Elle a discuté avec lui au sujet de la décision à prendre, et ils se sont tournés vers l'IG. Elle était à 12 semaines de grossesse et a donc vécu une intervention chirurgicale. Cela a été un événement difficile pour elle.

Enfin, à l'âge de 18 ans, *Tania* sortait avec un garçon d'une vingtaine d'année. Elle vivait dans un foyer pour adolescentes et rentrait les week-ends chez son papa. Le climat familial était compliqué, entre un père très strict et une mère laxiste (avec laquelle elle ne vivait pas). Son copain était dans les trafics de drogues. *Tania* est donc tombée enceinte et selon les dires de son éducateur référent, cette grossesse était désirée. Il raconte :

« Cette fille dès qu'elle a su qu'elle était enceinte, elle l'a crié sur tous les toits. Tout le monde était au courant, les copains, la famille, tout le monde. Elle faisait déjà des projections sur l'école, sur les crèches... Mais en fait je pense qu'elle avait pas vraiment calculé [...], elle a pas attendu ces fameux trois mois. Donc pour elle c'était très clair : on garde l'enfant. [...] Un jour elle va faire un contrôle gynéco et la gynéco elle dit : “Mais c'est bizarre, on n'entend pas très bien”. Donc le lendemain elle a dû faire de nouveau des contrôles, et c'est là qu'ils ont vu que ce bébé n'était plus là. Donc elle a fait une fausse couche. Donc après c'était également très dur pour elle [...] parce qu'elle s'est projetée maman, vraiment [...]. Puis bien-sûr qu'au bout d'un moment le copain eh bien c'était plus le copain » (ES 3).

Suite à ces différentes situations relatant une perte de grossesse, les situations présentées ci-dessous concernent cette fois des jeunes filles ayant décidé de poursuivre leur grossesse à terme. Parmi elles, *Nina* est enceinte. Son éducateur raconte qu'elle « tient tête à tout le système. Mais la pression est terrible... [...] et puis finalement convainc l'équipe éducative : bon elle veut avoir son gamin alors elle l'aura et puis on va mettre des choses en place » (ES 1).

Éloïse avait 17 ans lorsqu'elle est arrivée dans un foyer de Suisse romande. Elle a rapidement annoncé à l'équipe éducative qu'elle était enceinte. Elle dit : « Mais moi c'est hors de question, jamais plus j'ferai un avortement » (ES2). Elle avait en effet déjà interrompu sa grossesse à l'âge de

15 ans alors qu'elle était en placement dans un autre foyer. Ainsi, elle a raconté à l'éducateur cette première IG (d'un bébé de cinq mois) qui a été un véritable traumatisme pour elle et pour sa maman qui l'avait accompagnée. À l'annonce de cette nouvelle grossesse, son copain et elle-même ont donc décidé de garder le bébé. L'éducateur raconte :

« C'était pas simple hein, je dis pas que c'était une situation idyllique "super elle va avoir un bébé". C'était... il y avait quand même beaucoup d'incertitudes. C'était un couple tout jeune, lui il était tout brave, il avait le soutien de sa famille [...]. Et puis du coup elle, elle aurait voulu continuer un bout son placement mais... [...] on partait en camp [...]. Du coup on a dû assez rapidement trouver un autre lieu d'accueil pour elle, parce que chez sa mère ça n'allait pas. Et donc elle a rejoint un foyer mère-enfant au canton de [nom du canton], le temps de finir la grossesse puis après son copain... il avait trouvé un appartement [...]. Et puis voilà tout s'est organisé assez bien finalement pour elle » (ES 2).

Anouka de son côté était âgée de 17-18 ans et vivait dans un internat qui prenait en charge des jeunes en difficulté. Elle avait des problèmes familiaux, pas de formation professionnelle et ne semblait pas très bien dans sa peau. L'éducateur explique que la jeune fille a fait un déni de grossesse : « [Elle] s'est rendu compte au moment d'accoucher quasiment, elle devait être à 8 mois et demi [...]. Ça a été plutôt choc à ce niveau-là ». Son éducatrice référente s'est beaucoup investie pour accompagner Anouka dans sa grossesse et son accouchement. Il a été décidé par la maman d'Anouka d'un retour de la jeune fille à la maison : « Ce qui s'est passé – ça s'est fait un peu en catastrophe – accouchement, puis après sortie de l'internat et retour à la maison avec un suivi éducatif [...] où l'éducatrice de référence pouvait encore voir la jeune pendant quelques mois » (ES 4).

Enfin, *Sophie* avait environ 18 ans lorsqu'elle est tombée enceinte. Elle vivait chez ses parents et n'était pas dans un foyer. Elle était toutefois accompagnée par un travailleur social hors murs (TSHM). Par le passé, elle avait plusieurs fois pris la pilule du lendemain et a recouru à deux reprises à des IG, l'une médicale et l'autre chirurgicale. A sa dernière grossesse, elle a décidé de garder l'enfant. Elle n'était plus en couple avec le papa mais s'est remise avec son ex petit ami. Le couple était explosif et il y avait des violences. Une fois l'accouchement passé, l'éducateur explique que « la maman s'est remobilisée aussi – la maman de la jeune fille. Et [...] la maman du copain s'est énormément mobilisée autour de cet enfant, en jouant un rôle de grand-mère. » L'éducateur raconte toutefois que Sophie « a toujours eu de la peine à investir son enfant. Elle a jamais fait de câlin à son enfant, encore maintenant [...]. Elle arrive pas. Et lui, le beau-père de la petite [donc l'ex-copain de Sophie], a toujours été très câlin. Il a énormément investi » (ES 4).

Différents éléments ressortent ainsi de ces témoignages. Nous allons aborder ci-dessous les raisons qui poussent les jeunes filles à poursuivre ou interrompre leur grossesse, la place de l'entourage dans la décision, la place laissée à l'homme et enfin le vécu des jeunes filles suite à leur IG.

4.1.2 Raisons évoquées

Un certain nombre de paramètres entrent en considération dans la décision de poursuivre ou d'interrompre la grossesse. Le contexte de vie de la jeune fille influence en particulier la décision : cela peut être autant l'âge de celle-ci, sa situation sociale, familiale et économique, que la relation affective entre elle et son partenaire. Parmi les éducateurs interrogés, l'un d'eux nomme au sujet de l'influence, que celle-ci provient de « [...] leur situation souvent, parce que c'est pas stable. [...] La situation avec le compagnon c'est pas stable, ils ont peu de moyens. C'est souvent des situations qui font qu'elles décident ça [d'interrompre la grossesse] » (ES 3). On remarque ici un changement important des normes de la maternité, car comme l'indiquent Nisand et al. : « [...] Actuellement, l'enfant doit être "programmé" dans un contexte affectif stable et au bon moment de la carrière professionnelle des parents » (2012, p. 28).

L'éducateur interrogé parle tout de même d'une certaine ouverture de la société de nos jours, en comparaison à quelques décennies plus tôt. Néanmoins, il admet que « dans notre culture, on dit

toujours [...] : “Tranquille, une chose après l’autre, profite de ta vie, jusqu’à...”. Et puis après eh bien voilà » (ES 3). Un second éducateur exprime dans ce sens : « En gros la perception [de la société] c’est : “qu’ils vivent leur adolescence et puis ils feront des enfants plus tard quand ils seront matures” » (ES 4). Ainsi, la survenue d’une grossesse à cet âge ne paraît pas toujours idéale, et en particulier lorsque ces différentes conditions ne sont pas réunies (stabilité du couple, situation économique, etc.).

La situation économique n’est toutefois pas toujours un obstacle à la poursuite de la grossesse. En effet, un éducateur interrogé raconte pour l’une des jeunes filles enceintes qu’il a accompagnées « [...] pour elle c’était bien clair [de poursuivre la grossesse]. En sachant que ça aurait été difficile niveau des revenus tout ça ». L’éducateur en question précise que « de toute façon une personne chez nous – enfin chez nous [en Suisse] – sera jamais mise à la rue. Une jeune fille aura des aides au niveau du social [...] » (ES 3). Un second éducateur explique à ce sujet que les jeunes filles en institutions s’en sortent plutôt bien car elles ont un soutien institutionnel plus important qu’une jeune fille hors institution :

« En dehors de l’institution, si par exemple une jeune fille veut poursuivre une grossesse contre l’accord de ses parents, et que ses parents ont des revenus confortables, elle n’aura aucune aide. Parce que le revenu de ses parents est pris en compte dans le calcul de l’aide sociale. Donc en fait les plus mal loties, dans ce pays, c’est les jeunes filles qui souhaitent poursuivre une grossesse, dont les parents ont les moyens, parce que là elle va être complètement démunie et ça c’est une lacune sociale importante » (ES 1).

A côté de cela, un autre facteur influence la décision. Il se passe en effet quelque chose au niveau de l’inconscient de la femme enceinte. Un éducateur l’exprime ainsi :

« J’affirme sans hésitation : il y a pas de grossesse accident. C’est au pire des cas un acte manqué. [...] Je pense que c’est pas par hasard – c’est jamais par hasard – qu’elle est enceinte. Il y a une quête, une tentative, une prise de risque qui est liée à un questionnement qui est existentiel. [...] Parce que les gens sont de moins en moins sûrs [au sujet de leur légitimité à exister], y compris les professionnels qui entourent ces situations, et quelque part elles poursuivent une grossesse pour voir si on va accueillir l’enfant, parce que si on accueille l’enfant, c’est peut-être une vérification de l’accueil d’elle-même » (ES 1).

La grossesse peut en effet donner un certain statut social : devenir parents, c’est à la fois assumer un nouveau rôle social et à la fois s’inscrire dans une généalogie. Ainsi, comme nous pouvons le voir, les raisons qui poussent à poursuivre ou interrompre la grossesse sont multiples.

4.1.3 Place de l’entourage dans la décision

L’entourage tient une place déterminante dans la décision de recourir à l’IG. Des difficultés relationnelles avec le conjoint ou encore des pressions exercées par les proches sont autant de situations qui influencent le choix de la jeune fille. Il arrive en effet que certaines d’entre elles souhaitent garder leur enfant, mais, sous la pression extérieure (relationnelle, économique ou diverse) elles décident quand même d’interrompre leur grossesse. C’est ce qu’explique l’un des ES interrogé :

« Alors moi ce qui me fait bizarre c’est que... quand on parle aux filles [...] [pendant] les groupes des fois, je dis : “Vous avez déjà réfléchi vous si vous étiez enceinte qu’est-ce vous feriez ?”. Pas toutes, mais une majorité disent : “Ah moi jamais j’avorterai”. Puis après je dis : “Ah ouais mais pourquoi ?”. [Les filles répondent] : “Ouais mais parce qu’c’est mon bébé, c’est moi qui l’ai fait, non mais si j’tue...” – elles disent beaucoup “j’vais pas tuer mon bébé”. Donc ça c’est l’expression un peu comme ça à brut. Mais le moment venu quand c’est arrivé, souvent en fait elles avortent... Parce qu’elles ont pas de soutien, parce qu’elles ont peur, parce qu’on leur fait peur, on leur dit “oui mais t’as 16 ans” » (ES 2).

Généralement, avant l’âge de 20 ans la pression provient du milieu familial. Il arrive des situations où l’adolescente enceinte est mise à la porte si elle n’interrompt pas sa grossesse. Entre 20 et 40

ans, l'influence vient davantage du compagnon et de la relation avec celui-ci. Finalement, au-delà de 40 ans c'est le regard de la société qui fait majoritairement pression (Philippe, 2018). Les exemples ci-dessous illustrent en particulier la place des parents :

« C'est sa mère qui voulait absolument qu'elle avorte. Et une fois qu'elle a avorté, sa mère l'a définitivement laissée tomber » (ES 1 à propos de Sabine, interruption de grossesse).

« Et là c'est sa propre mère qui a dit : "Si tu gardes le bébé je te revois plus jamais". Ça fait froid dans le dos » (ES 2 à propos de Karine. Interruption de grossesse).

« Ça a débouché aussi sur le week-end elle habitait chez papa. Et à un moment donné, le père, quand il a su ça [la grossesse] il l'a virée de la maison : "J'veux plus te voir, tu prends tes cliques et tes claques et tu pars" » (ES 3 à propos de Tania, fausse couche).

Dans le même sens, les situations suivantes sont courantes : l'entourage exprimant à la femme que les conditions ne sont pas optimales pour avoir un enfant et qu'elle ne saura lui offrir le meilleur ; le corps médical insistant pour réaliser l'intervention dans les délais légaux (lorsque ceux-ci approchent) ; la peur de la femme de ce que signifie la grossesse et la maternité ; la peur de ne pas aimer suffisamment l'enfant qu'elle porte ; ou encore la peur que la relation avec le partenaire ne dure pas. C'est ainsi qu'en parle Marie Philippe dans son ouvrage *Après l'IVG : des femmes témoignent* (2018, pp. 70-71) :

« Le désir naturel de donner la vie est maintenant comme étouffé autant par l'entourage familial, conjugal et amical que par la "société" (médias, corps médical, institutions). Il est admis comme naturel que la femme, en cas de difficultés de tous ordres, même petites, se pose la question " Est-ce que je vais le garder ? " Et quand ce n'est pas la femme qui se pose cette question, il n'est pas rare de voir un médecin devancer ses craintes ou ses difficultés et poser lui-même la question : " Voulez-vous le garder ? " [...]. »

Comment alors entendre une demande pour réaliser une IG dans ce contexte ? Parmi ces diverses pressions, quel est le désir de la femme ? Nisand et al. expliquent la nécessité de « permettre à la femme de verbaliser ce qu'il en est de sa volonté propre et de son désir. [Car finalement] le corps qui porte en lui un être en devenir est le sien. Seule la femme souhaitant l'IVG peut la demander » (2012, p. 45). Plus loin, ces mêmes auteurs expriment l'importance de pouvoir donner une place aux parents, car « aucune patiente n'est issue d'une génération spontanée. Ses parents, lorsqu'ils sont au courant, sont aussi en souffrance [...]. En effet, eux aussi vivent la grossesse et l'IVG, certes pas de la même manière mais ils la vivent » (pp. 45-46). Un éducateur témoigne en effet dans ce sens. Dans le passé, il a travaillé plusieurs années dans des groupes thérapeutiques avec des adultes qui avaient soit vécu une IG, soit avaient eu un frère ou une sœur avortée. Il raconte :

« Et en fait moi j'ai vu ce que ça fait l'avortement... dans les familles, chez les grands-parents – parce qu'il y avait aussi des grands-parents qui étaient venus en thérapie... en partageant leur souffrance d'avoir pas pu voir naître et s'occuper de leurs petits-enfants... enfin voilà, tous ces drames, en fait ces... ces liens qui sont brutalement coupés. Et beaucoup de gens finalement souhaiteraient ne pas vivre ça mais on leur laisse aucun choix. Par exemple typiquement, les grands-parents du bébé, qui aurait dû naître, ils ont rien à dire... » (ES 2).

En revanche, tous les parents ne sont pas source de pression. En effet, certains sont davantage souteneurs. C'est le cas de la maman d'Eloïse qui avait déjà accompagné sa fille par le passé : « La maman aussi après elle a dit : "Moi tu fais ce que tu veux mais te raccompagner pour ce genre de chose plus jamais". [...] Et les deux disaient : "C'est hors de question, plus jamais on vivra ça" » (ES 2). L'IG avait d'autant plus été marquante que le bébé avait cinq mois. L'histoire d'Anouka est tout autant particulière car la jeune fille a fait un déni de grossesse et a appris qu'elle était enceinte après 8 mois de grossesse. Il n'y avait donc plus la possibilité de recourir à une IG. Lorsque sa maman l'a appris, elle a soutenu sa fille et a accepté qu'elle revienne vivre à la maison. L'éducateur raconte :

« Elle était jeune [...] 17 ou 18 ans je pense. Et c'était hors de question qu'elle aille dans un foyer [...] pour femme battue. Ouais il y avait pas de structure spécialement dans laquelle l'orienter. Et de toute façon pour la maman c'était hors de question qu'elle aille ailleurs que chez elle dans ces cas-là » (ES 4).

L'éducateur explique tout de même qu'une jeune fille enceinte est généralement une source d'inquiétude pour ses parents. Dans sa pratique, ce n'est en effet pas vécu de manière sereine : « Les parents se rendent bien compte que ça va être une charge de travail pour eux : “Ma fille qui est pas mature, qui est adolescente, ou toute jeune adulte et enceinte, eh bien c'est pour ma pomme, de m'occuper d'une partie du bébé” ». Il poursuit : « Alors il y a des parents qui certainement se focalisent sur la réjouissance [...] et puis il y a d'autres parents qui eux sont dans une autre phase [où ils ne veulent pas s'impliquer]... » (ES 4).

Nous pouvons ainsi le constater, une grossesse tout comme une IG entraîne des réactions diverses auprès de l'entourage direct de la jeune fille. Celui-ci peut être soutenant dans sa grossesse, tout comme il peut la pousser à l'interrompre.

4.1.4 Place de l'homme

L'IG étant un droit associé à la femme, la décision d'y recourir lui revient entièrement. C'est ainsi que la place laissée à l'homme intrigue : tantôt absent, tantôt présent, source de soutien ou de pression. Dans certains cas, il arrive que l'homme ne soit pas même mis au courant de la grossesse ni de la décision d'avorter, et ce pour différents motifs : un couple qui se sépare, un partenaire sexuel de passage, des violences conjugales, etc. Un éducateur raconte :

« Elle [Enora] me dit : “T'sais si je tombe enceinte pour moi c'est mort c'est sûr j'le garde, c'est hors de question, t'sais moi je suis pour la vie, tout ça”. Le premier mouvement c'était ça. Et puis après elle me dit : “Après j'ai réalisé qu'en fait si je gardais ce bébé je serais lié toute ma vie au père de l'enfant... et en fait lui c'est un gros con [...] du coup [...] non j'peux pas. Et j'ai avorté” » (ES 2).

La place laissée à l'homme dans la décision peut ainsi questionner et surprendre. Nisand et al. (2012, p. 43) expriment l'importance de donner un espace d'écoute à l'homme :

« Une IVG touche l'histoire d'un couple composé de deux personnes singulières. Il est important d'être à l'écoute des hommes, de laisser une place à la parole de l'homme, ne pas le confiner à un simple rôle de géniteur lorsqu'il y a demande d'IVG. Parce qu'il peut aussi se sentir père, il est essentiel de donner une place à cet homme et à son désir d'avoir accès, ou non, à une paternité possible. »

En effet, un éducateur raconte que « [...] souvent le papa malgré tout, même s'il voulait lui s'investir, on lui demande pas son avis. C'est seulement la femme qui a le... [pouvoir de décision,] la femme ou la très jeune fille » (ES 2). Ainsi, la plupart du temps, la femme vient seule pour faire la demande d'une IG ou alors accompagnée d'une amie. Quelques fois, elle est accompagnée de son compagnon. Lorsque cela est le cas, il est essentiel d'offrir cette place à l'homme et d'être également à l'écoute de ses besoins et de ses désirs. L'éducateur partage l'histoire marquante d'Éloïse, enceinte lors de son placement au foyer, à l'âge de 17 ans. Son compagnon a été informé de la grossesse et il a téléphoné à l'éducateur. Il lui dit : « Je veux lui parler, je veux lui parler, j'veux venir lui dire, moi je pense qu'on doit le garder ». L'éducateur raconte alors l'entretien qu'il a mené avec le jeune couple. Il s'en souvient comme « un des plus beaux entretiens que j'ai fait ici » (ES 2). Il poursuit :

« Bon lui il était aussi tout jeune. [...] Et puis à un moment donné [...] il se tourne vers elle comme ça et il lui dit : “Alors, on l'garde hein, on y va ?”. Et juste qu'il dise ça, elle a dit : “Ouais, d'accord allons-y”. C'était trop joli, trop joli. Parce que c'est quand même pas la même chose de dire : “Quoi qu'il arrive je revis pas un avortement [...]” mais le cœur y est pas ; que de dire : “OK j'ai le papa qu'est là, qui me soutient”. [...] Lui il était tout brave, il avait le soutien de sa famille. [...] il avait trouvé un appartement dans le même immeuble que ses parents et ses grands-parents... donc il y avait plein de gens autour » (ES 2).

On peut ainsi le constater, le soutien offert par le compagnon ainsi que l'entourage influence grandement la décision en faveur de la poursuite de la grossesse. La grossesse ne venant pas d'une personne seule, la décision de la poursuivre ou de l'interrompre devrait ainsi être le résultat d'un choix à deux, car « c'est cela le couple : ce n'est pas le désir de l'un qui prime sur le désir de l'autre, mais bien deux personnes unies par un projet commun, celui d'enfanter ou de poursuivre leur route sans cet enfant » (Nisand et al., 2012, p. 43). Lorsque le souhait de l'un est incompatible avec celui de l'autre, « il peut être intéressant de leur proposer un entretien psychologique ou conjugal. En effet, cela peut permettre de créer un lieu et un temps de parole individuellement ou en couple » (2012, p. 44).

Un éducateur raconte au sujet de Mélodie que lorsque celle-ci était enceinte, il a veillé à ce que la décision soit prise par elle et son copain : « J'ai dit : "Tu as le choix. Discutes-en aussi avec ton copain". Avec le copain c'était pas évident. [...] Donc moi je trouve que ce choix-là se fait à deux en fait » (ES 3). Dans le même sens, Nisand et al. (2012) expriment : « Bien que la décision *in fine* revienne entièrement à la femme, redonner sa place au compagnon et lui donner la parole lorsque cela est possible constitue une habitude professionnelle souhaitable » (p. 45). Finalement, le jeune couple a décidé d'interrompre la grossesse. L'éducateur a encore fait en sorte que le copain soit présent le jour de l'intervention : « Encore une fois, je lui ai dit : "Ça c'est quelque chose que vous devez faire à deux avec ton copain [...]. Et puis dans ce cas-là c'était bien parce que le copain est venu. Alors j'ai passé le chercher [...] puis ils étaient les deux » (ES 3). En effet, la grossesse découlant d'un rapport sexuel entre un homme et une femme, il est par conséquent autant important de pouvoir donner la place au jeune homme qu'à la jeune fille d'exprimer ce qui est de la volonté de chacun : enfanter ou poursuivre leur chemin sans cet enfant. Cela permet ainsi de les responsabiliser dans leurs actes et leurs décisions.

4.1.5 Vécu de l'interruption de grossesse

Conséquences physiques et psychiques

Au travers du cadre théorique, nous avons pu relever le manque de renseignements sur les sites gouvernementaux à propos des conséquences physiques et psychiques post-avortement. En ce qui concerne les ES interrogés, des conséquences physiques et/ou psychiques apparaissent effectivement dans les témoignages partagés. Comme nous pouvions l'observer en début de chapitre (cf. chapitre 4.1.1), Line semblait préoccupée par son interruption de grossesse et se demandait si elle pouvait avoir des conséquences en termes de stérilité. De manière générale, l'intervention n'influe pas sur les grossesses ultérieures. Toutefois, nous pouvons relever un certain état d'anxiété chez Line, et cela fait partie des séquelles psychologiques fréquentes suite à l'IG (cf. chapitre 2.3.7 du cadre théorique).

Après avoir accompagné deux jeunes filles enceintes (une fausse couche et une IG), un éducateur confie : « Je suis en train de voir dans tous les cas les conséquences [...]. Chez les deux personnes là, physique on a eu chez une des deux, où elle était très malade après, c'était compliqué pendant plusieurs semaines. Et psychique, les deux sont touchées [...] C'est pas très gai ouais... [...] » (ES 3). Au sujet de Mélodie, l'éducateur raconte lorsqu'elle hésitait à interrompre sa grossesse, elle a écrit un texte à son bébé : « Elle a écrit un texte très très touchant. Elle m'a montré. Elle m'a montré ça puis c'est vrai que... quand même... ouais... quand même les frissons » (ES 3). Après l'intervention, l'éducateur confie :

« Alors c'était très très compliqué, encore aujourd'hui. C'est encore frais [...]. C'est une fille qui était auparavant déjà fragile. Alors la fragilité est toujours là. Il y a eu beaucoup d'absences... suite à ça. Des hauts et des bas dans le moral. C'est quelque chose qu'elle faisait déjà. Mais... voilà... un petit peu plus prononcé maintenant. [...] C'est vrai que ça a été très difficile pour elle » (ES 3).

Un autre éducateur présente le constat de toute l'équipe éducative avec laquelle il a travaillé, au sujet des complications psychologiques que celle-ci a observées en accompagnant des jeunes filles

dans leur interruption de grossesse : « [*Lisant un article auquel il a participé*] : “Ils observent des troubles du sommeil, des réactions de violence, de désir de suicide et très généralement une sexualité plus compulsive. Ces comportements constituent autant de facteurs de risque de récurrence” ». Dans un second journal, il développe aussi « [...] la perte de l'estime de soi, elles sont dévalorisées, elles se livrent encore plus facilement, elles savent encore moins dire non aux garçons. [...] Sentiment d'abandon et de solitude, la relation en générale – pour ne pas dire quasiment dans tous les cas – la relation avec le géniteur est rompue » (ES 1).

En effet, nous avons vu dans le cadre théorique (cf. chapitre 2.3.7) que les séquelles psychologiques fréquemment relevées sont la dépression, les états d'anxiété, les conduites suicidaires, la faible estime de soi, les troubles relationnels ou encore les dysfonctionnements sexuels (liste non exhaustive) (Ecochard & Bayle, 2017). Ces mêmes auteurs affirment que malgré la difficulté « [...] de prouver que l'IVG déclenche elle-même les troubles psychologiques, il apparaît évident qu'elle vient aggraver sévèrement la situation » (Ecochard & Bayle, 2017, p. 134). Il émerge ainsi particulièrement l'importance de connaître ces différents risques et complications afin d'accompagner au mieux les jeunes filles post-IG. De même, cela permet également d'aiguiller par la suite plus adéquatement les jeunes filles enceintes dans leur réflexion de poursuivre ou d'interrompre leur grossesse.

Solitude

L'IG semble devenir un acte de plus en plus banalisé et il n'est pas fréquent dans le discours environnant d'associer IG et souffrance pour les femmes. C'est pourtant une réalité que nous retrouvons dans un nombre important de témoignages disponibles sur internet ou dans la littérature scientifique (Nisand et al., 2012, p. 108) :

« Il n'est pas rare d'entendre affirmer qu'il y aurait des femmes qui ne souffrent pas lorsqu'elles vivent une IVG [...]. Ce n'est pas ce que l'on entend au quotidien. Nous considérons qu'une femme ayant fait le choix d'interrompre une grossesse est toujours une femme en souffrance. Aucune IVG n'est vécue à la légère. Et banaliser l'IVG, ce n'est pas être à l'écoute des femmes, bien au contraire. A force de répéter que l'IVG n'est qu'un passage ordinaire dans la vie d'une femme, on finit par leur interdire d'en exprimer la difficulté. »

Autant la société, les médecins, l'entourage ou encore le compagnon semblent peu à l'écoute de la souffrance des femmes après une IG. Cela paraît difficile pour ces dernières d'en exprimer le mal-être et cela est généralement vécu dans le silence. Les sentiments de culpabilité ou de honte sont fréquents, bien que leur intensité varie d'une femme à une autre et n'apparaissent pas forcément immédiatement après l'IG. Ils peuvent survenir de nombreuses années plus tard. En effet, dans une tribune parue en mars 2012 dans le journal Libération, le professeur Nisand, le Dr Letombe et la psychanalyste Marinopoulos expriment à propos de l'IG et ses conséquences (cité dans Philippe, 2018, pp. 49-50) :

« [...] Nous ne pouvons pas laisser dire que les femmes qui y ont recours ne sont pas marquées, d'une façon ou d'une autre, par cette expérience. Nous voyons chaque jour dans nos consultations des femmes qui nous disent leur souffrance psychologique et leur mal-être parfois de nombreuses années après, alors qu'elles auraient pu "cocher" lors d'un sondage que "tout allait bien". »

Un éducateur raconte à propos de Karine, peu de temps après avoir interrompu sa grossesse, elle est retombée enceinte et a décidé de la poursuivre cette fois-ci. La situation était compliquée car la jeune fille était en couple avec un garçon qui « la frappait ». De plus, sa maman était repartie vivre à l'étranger, faisant que « cette gamine... elle était un peu toute seule [...] » (ES 2). Au sujet d'Enora, ce même éducateur nomme le sentiment de solitude. La jeune fille vivait en colocation avec une

amie et à la suite d'importants saignements entraînés par la prise des médicaments dans le but d'expulser le fœtus, elle a été déposée à l'hôpital par sa maman :

« [...] [L'éducateur dit] : "Ok, puis après ta mère elle est revenue, elle t'a demandé comment ça va ?" "Non j'ai pas revue d'puis". Et puis je me dis mais QUELLE SOLITUDE. Mais quelle SOLITUDE, la gamine elle me raconte quelque chose d'horrible – je visualise la scène en plus – sa mère ok vient, elle l'amène à l'hôpital puis après... puis après elle rentre chez elle puis la vie continue. Mais... je me dis... je me disais, mais en fait quand on avorte on déshumanise l'enfant, pour l'avorter. On dit : "C'est pas un enfant, c'est un amas de cellules"... Mais on déshumanise la mère aussi..." » (ES 2).

Les termes comme « fœtus » « bébé » ou encore « enfant » sont en effet remplacés dans la pratique médicale par « cellules » ou « œuf » pour parler du contenu utérin, afin de ne pas culpabiliser les femmes. Malgré ces précautions, la « réalité concrète ne manque pas de rattraper certaines femmes. Le fœtus interrompu hier leur apparaît bel et bien comme un enfant qui aurait tel âge aujourd'hui. L'expression " j'ai tué mon enfant " n'est pas rare, avec la culpabilité et le sentiment de honte qui l'accompagnent » (Ecochard & Bayle, 2017, p. 136). La représentation d'un enfant existe ainsi pour certaines d'entre elles et des moments particuliers dans la vie quotidienne peuvent faire resurgir la souffrance qu'elles éprouvent : par exemple la date d'anniversaire (celui de l'IG ou de la date supposée de naissance de l'enfant avorté), la vue d'autres femmes enceintes, de poussettes ou simplement d'enfants.

A côté de cela, deux ES déplorent le manque de soutien et de choix laissé aux jeunes filles enceintes. L'éducateur relate une discussion avec sa responsable d'équipe : « "Si cette gamine se fait avorter c'est son choix". Puis je [l'éducateur] lui dis : "Comment tu peux parler de choix si on lui propose pas d'alternative ?" » (ES 1). Dans le même sens, un second éducateur exprime : « Je trouve que la société elle... elle amène peu ou même pas de soutien. Un choix devrait être laissé à la jeune fille, or il n'y a pas de choix » (ES 2). Il poursuit en nommant la banalisation de l'acte et le manque de suivi post-avortement :

« En banalisant complètement, puis en disant bah voilà "prenez ces deux comprimés, vous aurez peut-être un peu mal" ... ah oui ça elle m'avait dit [la jeune fille en relatant les propos de l'hôpital] : "Ça se passera un peu mal et puis si ça va pas bien vous irez à l'hôpital". Il y a pas de suivi... pas de contrôle... la gamine elle peut faire une hémorragie... mais moi ça... ça me révolte » (ES 2).

Concernant le manque de suivi, un éducateur explique également en citant un article sur le mal-être des jeunes filles en institution après leur IG : « Il existe peu ou pas de suivi pédagogique post avortement pour les ados, en particulier pour ceux placés en institution ». Il continue en exprimant l'absence de suivi des centres de planning familial. [...] Elles [les professionnelles de ces centres] ne les revoient plus après un entretien, SAUF pour la récurrence » (ES 1). Nous pouvons donc le constater, l'IG est fréquemment vécue dans la solitude. De plus, le manque de suivi post-IG n'aide pas les jeunes filles à traverser ces situations difficiles.

Deuil

Que l'IG ait été vécue comme un soulagement ou une souffrance, toutes les femmes passent nécessairement par un processus de deuil (Ecochard & Bayle, 2017). Celui-ci permet de surmonter une difficulté et comporte plusieurs phases dont notamment le choc, le déni, la culpabilité, la colère ou encore la tristesse (non exhaustif). Il est possible de passer par toutes les phases ou seulement quelques-unes d'entre elles avant de parvenir à l'acceptation de la perte. Un éducateur présente la situation d'une jeune fille ayant fait une IG, qui raconte son mal-être sur un forum destiné à de jeunes mamans. L'éducateur interroge le fait de s'adresser à des mamans alors que la jeune en question a choisi d'interrompre sa grossesse. Il explique :

« Parce qu'elle EST maman. Elle s'identifie à une maman en deuil. Le problème avec l'avortement c'est qu'elle est maman. C'est une jeune maman en deuil qui attend le regard bienveillant d'autres jeunes mamans qui vont pleurer son bébé avec elle. C'est pour ça qu'elles viennent pas chez les médecins, c'est pour ça qu'elles viennent pas au planning, elles viennent pas vers ceux qui l'ont aidé à se mettre

dans ce tourment. Elle vient pour être reconnue comme maman qui a perdu son bébé [...]. En fait, la grande blessure de ces jeunes filles qui ont avorté, c'est qu'on reconnaît pas qu'elles ont été maman, même brièvement, on reconnaît pas qu'elles sont en deuil. Alors que [...] l'ADN de l'enfant circule dans le sang et dans le cerveau de la maman. On le détecte à 6 semaines [d'aménorrhée] mais probablement dès la conception. Et lorsqu'on enlève l'enfant, on a nié la réalité d'une future mère, et puis on a nié la réalité du deuil » (ES 1).

Ainsi, que répondre à une jeune fille en deuil suite à une IG ? L'éducateur propose : « Tu es effectivement une maman, et ton enfant je le pleure avec toi » (ES 1). Il poursuit en disant qu'une différence absurde est faite entre une fausse couche et une IG. En effet, dans le premier cas, le deuil de la jeune femme est reconnu, alors que dans le second, la souffrance n'est pas reconnue. Au sujet de la fausse couche, un autre éducateur explique concernant Tania : « C'était également très dur pour elle [...] parce qu'elle s'est projetée maman, vraiment [...] » (ES 3).

Ensuite, il peut arriver dans certains cas que pour réparer la perte, une grossesse soit rapidement remise en route, ayant des conséquences psychologiques importantes sur l'enfant à naître, appelé « enfant de remplacement » (Philippe, 2018). C'est le cas de Karine. Elle est tombée enceinte peu de temps après avoir vécu une IG. Un éducateur explique : « En fait c'est pas surprenant, c'est des choses qu'on voit souvent, enfin dans les groupes de thérapie que je faisais souvent en fait, c'est compliqué de faire le deuil d'un bébé qu'on a avorté » (ES 2). Il précise encore, en référence à son expérience professionnelle passée :

« Et c'est souvent pour éviter de faire face à ça [sa propre responsabilité dans l'IG] on fait vite un autre bébé derrière, pour remplacer le premier. Mais ce deuxième bébé il est mal barré... parce que sa mission c'est de remplacer le premier. Évidemment mission souvent inconsciente, pas dite. En fait il porte ça... c'est pour ça que dans les accompagnements que j'avais fait là, on travaillait sur les frère et sœur d'enfants avortés. Parce qu'il y a le syndrome du survivant. On travaillait aussi avec des gens sur qui il y avait eu une tentative d'avortement mais qui avait raté... et ils portaient ça » (ES 2).

Nous le voyons effectivement, d'autres conséquences psychologiques sont observées sur les enfants de la fratrie, et ce particulièrement lors d'IG à répétition. Il s'agit, comme l'a présenté l'éducateur, de problématiques de survivance, appelé aussi syndrome du survivant (Ecochard & Bayle, 2017). Lefèvre (2018, tiré de Philippe, 2018) précise que le survivant lié à l'IG « a ceci de particulier que le danger vient non de l'extérieur mais de ceux qui devraient le protéger le plus » (p. 169). Nous pouvons ainsi le constater, la souffrance liée à l'IG concerne non seulement la jeune femme, mais peut également impacter son entourage (les parents, les grands-parents, les futurs enfants, le compagnon).

4.2 Hypothèse B : rôle de l'éducateur et de l'éducatrice sociale dans l'accompagnement

La seconde hypothèse s'oriente davantage sur le rôle de l'éducateur et de l'éducatrice sociale dans l'accompagnement d'une jeune fille enceinte. Elle est formulée comme suit :

B. L'éducateur ou l'éducatrice sociale intervient dans la réflexion et dans le choix de la jeune fille de poursuivre ou d'interrompre sa grossesse.

Pour commencer, deux éducateurs ont accompagné des jeunes filles dans la poursuite et l'interruption de grossesse (ES 1, ES 2), un éducateur seulement des pertes de grossesse (ES 3) et un autre seulement des grossesses à terme (ES 4). Ainsi, trois personnes sur quatre ont suivi des jeunes filles dans la poursuite de leur grossesse, et trois sur quatre également des interruptions de grossesse. Dans ce chapitre, nous allons aborder premièrement la prévention effectuée au sujet de

la sexualité²⁰. Nous réfléchissons ensuite au poids et à l'influence de l'éducateur et l'éducatrice sociale dans la décision de la jeune fille. Finalement, nous parlerons des éléments concrets mis en place pour accompagner celle-ci, autant au niveau des démarches que dans son vécu personnel.

4.2.1 Prévention

Lors des entretiens, trois éducateurs ont fait mention de prévention effectuée au sujet de la sexualité. L'un d'eux parle de soirées organisées dans son institution où des mamans adolescentes étaient invitées pour parler de leurs expériences. Il raconte :

« On a fait des expériences magnifiques, c'était presque chaque fois un enthousiasme supplémentaire, il y a des collègues d'autres foyers qui sont venus voir comment ça se passait. [Certains] avaient peur que ça fasse un babyboom dans l'institution. Mais au contraire, c'était beaucoup plus responsabilisant et préventif qu'autre chose. [...] Cette idée de faire de la prévention avec des jeunes mamans c'est complètement fou, mais pédagogiquement c'est très très intéressant, ça fonctionne super bien » (ES 1).

On remarque ici en particulier l'accent mis sur l'expérience personnelle des mamans adolescentes. Cette approche permet de favoriser le développement de leur pouvoir d'agir, de même que celui du groupe auprès duquel la prévention est faite. De leur côté, d'autres éducateurs expliquent l'importance de s'entourer de professionnel·le·s pour traiter cette thématique. L'un d'eux mentionne une sensibilisation sur deux niveaux : l'une est faite au travers d'un programme de prévention où des professionnel·le·s externes à l'institution sont invité·e·s. L'autre est effectuée par l'équipe éducative sur le lieu de vie, au travers de la relation quotidienne développée avec les jeunes filles. Un éducateur parle également de professionnel·le·s externes à l'institution invité·e·s pour des sensibilisations et traiter des questions plus globales relatives au corps, à l'affectif et à la sexualité. Il explique ce choix :

« Je sais pas si vous êtes au courant mais les jeunes d'aujourd'hui elles sont très très au courant de toutes les perversions... [...]. Par contre comment fonctionne un corps de femme, qu'est-ce c'est l'ovulation, à quel moment elle est fertile, tout ça mais ZERO idée, zéro [...]. Et du coup quand je fais venir la personne de [nom institution] je lui dis toujours, quand on a un nouveau groupe, commence déjà par comment c'est un corps de femme, et comment c'est un corps d'homme. Ça non plus elles savent pas. Puis après on peut construire sur l'affectif et tout ça. Mais déjà le basique. Elles ont toutes eue des interventions de prévention – sexualité, en tout cas elles n'en retiennent pas grand-chose » (ES 2).

Un premier élément à relever ici concerne donc l'importance du travail en réseau dans le cadre de la pratique professionnelle du travail social. En effet, les équipes éducatives n'hésitent pas à travailler en collaboration avec d'autres professionnel·le·s (cf. chapitre 2.5.2 du cadre théorique). Un second élément concerne les jeunes filles, leur image d'elles-mêmes et la relation qu'elles entretiennent avec leur corps. Un éducateur raconte en effet que les deux grossesses qu'il a accompagnées concernaient « [...] deux jeunes filles qui avaient un rapport à leur corps pas très simple » (ES 4). Il précise qu'il peut être intéressant d'approfondir la question en termes de travail éducatif, car cela peut apparaître comme le reflet d'un symptôme de leur mal-être. Il raconte :

« C'est un peu questionnant [...] en termes de respect de soi. Peut-être qu'il y a quelque chose de l'ordre de "si je me respecte pas, si je me trouve pas belle, de toute façon... si mon corps c'est plus un moyen de..." Je suis pas sûre qu'elles vivaient leur sexualité de façon très harmonieuse, c'est ça que je veux dire. Je suis pas sûre que ce soit dans un contexte où "je suis dans une relation amoureuse" ou au contraire même "j'explore, mais j'explore parce que je me respecte et puis j'ai envie qu'on me respecte aussi". Je suis pas sûre qu'elles étaient dans cette dynamique-là » (ES 4).

Toujours en lien à l'adolescence et à la capacité des jeunes filles de se positionner dans la relation affective et/ou sexuelle, un éducateur explique :

²⁰ Cette prévention, généralement faite en amont (d'une grossesse), peut par la suite influencer d'une certaine manière la décision de la jeune fille. C'est la raison pour laquelle elle figure dans l'analyse.

« A l'adolescence c'est typiquement un moment de la vie où on existe beaucoup dans le regard des autres. Et que le summum de ce qui peut nous arriver à l'adolescence c'est d'être populaire [...]. Alors si la valeur qu'on s'accorde on va la chercher dans le regard de l'autre c'est quand même EXtrêmement compliqué si on est courtisé par un garçon, d'arriver à dire : "Non, moi j'attends" ou "non, ça me convient pas" ou "non, je t'aime pas finalement". C'est extrêmement compliqué puisque la validation de soi on la reçoit dans l'autre. [...] Je vois [pour les filles de ce foyer], c'est IMPOSSIBLE pour elles de dire à un garçon ne serait-ce que : "Non si tu n'as pas de préservatif je couche pas"... ça c'est IMPOSSIBLE. Donc on leur fait de la prévention, on leur fait s'exercer à dérouler un préservatif sur un gode. Ça c'est un acte technique c'est pas compliqué. Ce qui est compliqué c'est dans le moment affectif ou pas affectif – sexuel – que t'arrives à dire non, c'est impossible » (ES 2).

Comme nous pouvons le constater, toutes les adolescentes ne sont pas en mesure de poser des limites dans le cadre des relations sexuelles, que ce soit par exemple dans le fait d'exiger une contraception, de refuser un acte sexuel ou de refuser telle expérience sexuelle suggérée par le partenaire. Dans ce sens, Nisand et al. expliquent que « pouvoir dire " non " à une demande d'acte sexuel est une liberté à laquelle tous les adolescents n'ont pas accès. En effet, dire " non " suppose que l'on sache déjà un peu ce que l'on veut soi-même, et qu'il n'y ait pas d'angoisse d'abandon. C'est aussi la question du respect de soi » (2012, p. 65). Cela est d'autant plus défiant qu'à l'adolescence, les besoins affectifs, l'envie de découvrir et de transgresser se font sentir.

Ainsi, l'éducateur raconte « Moi je leur dis des fois en forme de provoc' : "Moi j'ai un moyen IN-FAILLIBLE pour pas tomber enceinte" "Ah bon c'est quoi ?" ...je dis : "Bah on couche pas !" ». Dans ce sens, il explique : « Des fois je leur dis : "Mais grandissez les filles... vous avez 15 ans... [...] Vous voulez pas un peu attendre, vivre autre chose, apprendre à vous connaître, vous affirmez... ?" » (ES 2). Nous pouvons imaginer l'éducateur s'exprimer ainsi par le fait que l'adolescence est une période charnière dans la construction de l'identité de la jeune fille et du jeune homme. Afin de se respecter soi-même et d'être en mesure d'accepter ou de refuser un acte sexuel, il est nécessaire de développer une certaine connaissance de soi, de ses besoins et de ses envies. Apprendre à se positionner de cette façon dans la relation démontre une certaine confiance en soi, ce qui implique un travail de soi.

4.2.2 Place de l'équipe éducative dans la décision

Comme nous l'avons vu précédemment, la place de l'entourage familial peut être déterminante dans la réflexion de la jeune fille de poursuivre ou d'interrompre sa grossesse. De même, l'éducateur et l'éducatrice sociale peut exercer une certaine influence, que celle-ci soit consciente ou non, de par sa position dans la relation. En effet, nous parlions dans le cadre théorique que l'intervention des ES « place au centre la relation éducative et le travail avec le quotidien des personnes accompagnées » (cf. chapitre 2.5.2). Ceux-ci sont donc parfois les premiers à découvrir la grossesse d'une adolescente. L'un des éducateurs interrogés, soucieux de connaître la procédure à suivre au sujet des grossesses adolescentes survenant dans le foyer, est allé discuter avec son directeur :

« Il [le directeur] était malheureux de me dire : "Mais j'ai pas de cadre, pas de base légale pour créer un cadre pédagogique". ...Donc ça dépend des éducateurs, de l'équipe éducative, si c'est un regard bienveillant sur la grossesse ou si c'est un refus d'entrer en matière. Et là je n'ai pas d'influence parce que finalement c'est elle [la jeune fille] qui décide. Alors elle entend des avis. Simplement moi ce qui m'interroge c'est le poids des éducateurs pour des jeunes en institution, qui souvent on ne parle même pas d'alternative » (ES 1).

Ainsi, la perception de la grossesse et de l'IG à l'adolescence amène les ES à se positionner différemment dans l'accompagnement. Nous avons vu en effet dans le cadre théorique que la posture est un élément central dans la pratique professionnelle des ES. Elle caractérise leur positionnement dans la relation et varie selon la mission de l'institution, leurs valeurs et leur conception de l'aide. Au sujet de cette influence, l'exemple de Line est révélateur. Elle raconte à l'éducateur que « l'équipe éducative l'avait persuadée d'interrompre cette grossesse, alors que dans

le foyer d'à côté, une jeune fille du même âge avait tenu tête aux éducateurs et elle avait un bébé, qu'elle pouvait accueillir au foyer tous les mercredis après-midi [...] ». L'éducateur confie que « [...] dans une espèce de désespoir, elle s'est tournée vers moi et elle m'a dit : "Pourquoi elle on lui a permis et pas moi ?" » (ES1). Nous ne savons de quelle manière l'équipe éducative est intervenue dans cette situation. Néanmoins, cela interroge la place et le poids de celle-ci dans la décision de la jeune fille d'avoir interrompu sa grossesse.

Dans cet exemple et en lien aux postures selon Yann Le Bossé (2016), il semblerait que l'équipe éducative mentionnée tende à adopter une posture de sauveur. Dans ce sens, elle cherche à trouver la solution la plus adéquate pour la jeune fille en fonction de ses propres valeurs et sa vision de la situation. Elle se retrouve ainsi non pas dans l'accompagnement de cette dernière à trouver une solution, mais plutôt à devoir la sortir de sa difficulté en lui apportant ce qui manque et en lui faisant adhérer à sa vision des circonstances. Et comme nous pouvons le voir, le manque de co-construction semble avoir mis l'adolescente dans une position passive. Elle n'a donc pas pu percevoir la possibilité d'envisager la poursuite de sa grossesse. En ce qui concerne les réactions et perceptions de l'équipe éducative, ce même éducateur raconte :

« Donc d'une certaine façon, dans l'institution il y a un taux d'IVG très très important. Celles qui tiennent bon, les choses vont se mettre d'autant plus en place que l'équipe éducative elle va finalement s'adapter, voire même être très touchée. Ça m'a frappé de voir les éducateurs dire : "Mais c'est incroyable, tu as vu comme elle s'en sort, on n'aurait jamais pensé" ... puis en même temps quand il y en a une nouvelle qui arrive on dit : "Ah mais il faut vite avorter". C'est comme s'ils ne voyaient pas qu'il y avait d'autres alternatives » (ES 1).

Au sujet du nombre de grossesses en institution, un second éducateur annonce seulement deux grossesses menées à terme dans son institution il y a environ 7 ou 8 ans. Il explique que « des grossesses on en a. Mais souvent ça se solde par un avortement [...]. Mais dans tous les cas c'est pas nous qu'on va dire "il faut que tu avortes" » (ES 3). Ainsi, son discours est plus nuancé quant à la part des ES dans la décision d'interrompre la grossesse. Il explique l'importance pour lui d'être le plus neutre possible et de veiller à donner des choix. Il raconte au sujet de Mélodie :

« Moi j'essayais jamais de donner mon avis à moi. Parce que mon avis à moi si je devais le donner ça serait : "Alors écoute, aujourd'hui tu n'as pas de travail, ta situation n'est pas fixe, tu vis encore chez tes parents, avec ton copain ça va pas si bien que ça". Mon avis ça aurait été... voilà... d'interrompre la grossesse. Mais j'ai pas donné cet avis là parce que je pense que c'est pas... voilà. Moi j'ai donné des choix. J'ai dit : "Tu as le choix" » (ES 3).

Un autre éducateur nomme également la nécessité de laisser la personne décider, puis de la soutenir et l'aider dans ses choix. Il exprime avec bienveillance comme s'il s'adressait à elle : « C'est ton choix. Si tu as envie qu'on en discute on peut en discuter. Mais c'est pas à moi de te dire ce qu'il faut faire, parce que c'est peut-être une des premières grosses décisions de ta vie que tu as à prendre, eh bien tu en auras d'autres dans ton existence » (ES 4). De même, pour permettre à la jeune fille de prendre une décision en toute conscience des conséquences, il est important d'exprimer les choix et répercussions possibles, et cela en toute transparence. Un éducateur raconte au sujet de l'apport de sa collègue dans la réflexion des jeunes filles :

« [...] Elle elle dit toujours aux filles : "Tu sais, quelle que soit la décision que tu prends, dans un sens ou dans l'autre, de toute façon ta vie sera plus la même après. Si tu gardes le bébé, tu as un bébé à t'occuper à 16 ans" – je sais pas quel âge – "et si t'avortes tu auras aussi une conséquence pour ta vie parce que ce bébé-là tu l'auras jamais" » (ES 2).

En lien au cadre théorique au sujet des postures selon Le Bossé (2016), nous pouvons voir que ces différents éducateurs semblent s'approcher de celle appelée « la posture du passeur ». En effet, lorsqu'il prend cette posture, l'éducateur est amené à discuter de manière approfondie avec la jeune fille et cherche à ce qu'elle puisse identifier elle-même la solution adaptée à sa situation. Il se tient à ses côtés tout au long de la réflexion et ensuite dans les diverses démarches à entreprendre (qu'elle choisisse de poursuivre ou d'interrompre sa grossesse). De cette manière, la jeune fille est

pleinement active dans le franchissement de l'obstacle qu'elle rencontre, tout en étant accompagnée et soutenue, ce qui contribue au développement de son pouvoir d'agir. L'un des éducateurs exprime la prédominance de la posture de sauveur dans laquelle les ES sont souvent placés, ainsi que la nécessité de garder une certaine humilité :

« Vous savez, moi je pense vraiment que notre métier il est fait de beaucoup d'humilité. Souvent on veut nous mettre dans une position de sauveur, dans une position d'expert qui avons les réponses. Je pense que la grosse difficulté du travailleur social, le plus gros piège c'est s'il croit vraiment qu'il a toutes les réponses [...] là je pense qu'on devient dogmatique et qu'on devient dangereux. [...] Il n'y a aucune situation qui est semblable à une autre, aucune. Donc ayons l'humilité de se dire : "Bon qu'est-ce qu'on va faire avec ça, comment est-ce que je peux être utile, où sont mes limites, par rapport à mes valeurs, par rapport à mes compétences", et prendre situations après situations » (ES 4).

Nous pouvons ainsi le constater, la posture des ES dans l'accompagnement peut influencer plus ou moins fortement la décision de la jeune fille enceinte dans la poursuite ou l'interruption de sa grossesse. Chacun intervient avec une éthique professionnelle et des valeurs propres. Nous avons pu entrevoir en particulier l'importance du point de vue des professionnel·le·s interrogé·e·s de tendre vers une certaine neutralité et d'exposer les choix et alternatives possibles.

4.2.3 *Éléments concrets de l'accompagnement*

Lors des entretiens, un certain nombre d'éléments en lien aux rôles et fonctions des ES sont ressortis à plusieurs reprises dans le récit de ceux-ci. Une **première caractéristique** est celle des discussions avec les jeunes, que celles-ci se déroulent de manière formelle dans le cadre d'entretiens, ou de façon informelle. En effet, les ES interviennent régulièrement dans des rapports individuels. Un éducateur dit avoir beaucoup discuté avec Mélodie, pour laquelle il avait la fonction de référent éducatif. Il l'a notamment incitée à ce qu'elle partage avec son compagnon ses réflexions et démarches en lien à sa grossesse. Il n'est en revanche jamais intervenu auprès du jeune homme, cela n'étant pas son rôle selon lui. Après l'IG, l'éducateur confie que Mélodie est beaucoup venue discuter avec lui :

« On en a parlé pendant, aller peut-être un mois après, le mois suivant. Puis après moi mon rôle c'est quand même de regarder un petit peu l'avenir, de continuer [...] Beaucoup de jeunes chez nous ils ont beaucoup de casseroles derrière. Donc OK on doit tenir compte de tout ce qu'ils ont dans le passé mais on ne doit pas continuellement parler du passé. Il faut essayer d'aller de l'avant. Mais oui, ça a été très difficile » (ES 3).

Un second éducateur relate également les nombreuses discussions qu'il a eues auprès des jeunes filles enceintes. Il mentionne en particulier un entretien effectué avec Éloïse et son copain qui ont décidé de poursuivre la grossesse. Il s'en rappelle comme « un des plus beaux entretiens que j'ai faits ici » (ES 2). À côté de cela, une **deuxième caractéristique** transparaît dans le discours des personnes interrogées. Les ES s'occupent généralement des trajets des jeunes filles. Dans le cas d'Aneth par exemple (ES 2), c'est une collègue éducatrice qui a effectué le déplacement pour l'amener à l'hôpital et la ramener suite à l'IG. De même, une collègue éducatrice a emmené Mélodie (ES 3) à l'hôpital pour son premier rendez-vous. Le jour de l'intervention chirurgicale, c'est l'éducateur lui-même qui a accompagné la jeune fille en présence de son compagnon.

Ensuite, une **troisième caractéristique** concerne la mobilisation du réseau autour de la jeune fille. Celui-ci peut autant concerner le service social, les accompagnements psychologiques, un centre de consultation en lien à la santé sexuelle, etc. Un éducateur explique encourager parfois les jeunes à consulter le psychologue interne à l'institution, lorsqu'il en voit le besoin. C'est ce qu'a fait Tania, une jeune fille dont il a la référence éducative : « Elle a pu discuter justement ici avec le psychologue, pour essayer de faire sortir certaines choses. Elle a repris dernièrement un suivi aussi psy à l'extérieur » (ES 3). Un second éducateur raconte deux situations où différentes ressources extérieures ont été sollicitées suite à l'accouchement des jeunes mamans :

« Ma collègue éducatrice a aussi beaucoup travaillé avec ce qui se faisait à l'époque : c'est des assistantes sociales qui gèrent un peu plus souvent ces genres de situations. Elle a fait un petit peu appel à ces personnes pour tout ce qui est identité à travailler, devenir maman, et puis après tout bêtement des choses administratives. Voilà c'était tout nouveau et tout est arrivé très vite. Donc il a fallu mobiliser un petit peu le réseau là-autour. Parce que ces personnes étaient pas capables par eux-mêmes de mobiliser tout ce réseau » (ES 4 à propos d'Anouka).

« Et après de nouveau des choses très concrètes hein, mettre en lien sur ce qui existe pour aider les futurs parents qui ont pas beaucoup d'argent [...]. Parce que des fois l'aide dans ces cas-là, ça passe aussi par : “Oui il faut trouver un berceau, oui il faut trouver une poussette pas chère”. Et ça des fois c'est la goutte d'eau pour certains je pense qui fait déborder le vase. [...] Puis des fois en aidant à ça, on est presque plus utile, parce que c'est du concret qui arrive. Et on leur dit : “Ok, là j'ai trouvé il y a une poussette [...] je peux vous trouver des sous à travers une fondation pour acheter le berceau [...]”. Donc voilà des choses très basiques et très concrètes et qui rendent super service » (ES 4 à propos de Sophie).

Nous pouvons faire ici un lien avec le cadre théorique. En effet, nous avons observé au sujet des travailleurs et des travailleuses sociales que ceux-ci « favorisent un réseau de collaboration entre les différents champs professionnels afin d'accompagner au mieux les personnes en difficultés » (cf. chapitre 2.5.2). Un éducateur explique en effet au sujet de son rôle : « C'est vrai que nous dans ces situations-là, on est là pour accompagner et puis on fait vraiment appel aux spécialistes en fait. Parce que éduc nous on est un peu généraliste » (ES 3). On voit ici toute l'importance de travailler en réseau et de coordonner les interventions entre les différents champs professionnels afin d'offrir un accompagnement de qualité aux jeunes filles enceintes. Enfin, une **quatrième caractéristique** ressort en particulier pour les jeunes filles décidant de poursuivre leur grossesse. Il s'agit de leur accompagnement dans les différentes démarches pour organiser l'arrivée du bébé et favoriser leur autonomie. Deux éducateurs en parlent :

« Donc pour elle [Tania] c'était très clair : on garde l'enfant. Alors moi la même chose, je dis : “Écoute oui, pas d'souci. Mais maintenant il faut faire un petit nid pour votre gamin. Vous allez habiter où, comment ça se passe niveau argent, faudra commencer déjà à prévoir un petit peu les choses”. Toujours en restant le plus neutre possible » (ES 3).

« [*A propos de ce qui est mis en place*] : C'est de les sortir du foyer pour les amener le plus vite possible à un maximum d'autonomie donc la solution la plus adéquate c'est des appartements protégés. C'est-à-dire des appartements où elles sont confrontées à la réalité de... avant d'accoucher, autant que possible de faire ses courses, de s'alimenter correctement – parce que là il y a un gros travail, de suivi, de gestion, d'autonomie où il faut aller en accélérer, pour qu'elles soient capables de gérer l'argent, l'alimentation, etc. L'appartement protégé c'est des appartements qui sont en général avec des loyers préférentiels et il y a un éducateur qui est attaché à l'appartement, qui est disponible et qui peut intervenir » (ES 1).

Les questions en rapport au lieu d'habitation, au budget et à l'alimentation sont en effet au cœur de l'accompagnement des jeunes filles enceintes par leurs éducateurs. En effet, ils visent particulièrement l'autonomisation et l'insertion des jeunes filles dans la société, en partant de leurs ressources et compétences (cf. chapitre 2.5.2). L'éducateur exprime au sujet des appartements protégés l'efficacité de cette façon de procéder. La suite de son discours laisse entrevoir sa posture :

« On leur redonne l'image : “Maintenant tu es parent, c'est à toi d'éduquer, c'est plus à nous de t'éduquer”. [...] On n'éduque pas les parents. Par contre c'est beaucoup plus dynamique de les apprendre à éduquer. C'est systémique. On a beaucoup plus d'impact et on est beaucoup mieux reçu [...] en les reconnaissant d'égal à égal. Et ça, ça change tout » (ES 1).

Nous pouvons ainsi remarquer par le discours de ces deux éducateurs, que leur posture s'apparente à celle du « passeur » (Le Bossé, 2016). En effet, ils se tiennent à côté des jeunes filles dans une relation égalitaire et ils cherchent à élaborer les solutions dans une démarche de co-construction. De cette manière, les jeunes filles sont actives dans le changement désiré et cette démarche contribue au développement de leur pouvoir d'agir.

4.3 Hypothèse C : valeurs et accompagnement

La troisième et dernière hypothèse aborde la question des valeurs des professionnel·le·s dans le cadre de leurs accompagnements éducatifs. Elle est formulée comme suit :

C. L'accompagnement de l'éducateur ou de l'éducatrice sociale varie en fonction de ses valeurs.

Dans un premier temps, nous allons aborder les valeurs au service de la pratique professionnelle de chaque éducateur interviewé. Ensuite seront exposées leurs limites dans l'accompagnement et enfin leur vécu en lien à ces situations.

4.3.1 Valeurs au service de la pratique professionnelle

Dans le cadre théorique, nous avons abordé les valeurs en tant que principe de vie guidant l'individu dans ses réflexions, ses choix et ses actions. Elles indiquent en particulier une préférence ou une conception de ce qui est préférable pour un individu (Chataigné, 2014). Lors des entretiens avec les ES, la question des valeurs chères à leur pratique professionnelle a été posée. Voici leur réponse :

« [*A propos des grossesses adolescentes*] : Les enfants sont des cadeaux. Il n'y a pas d'enfants punition. [...] Il y a des circonstances qui font qu'on les voit comme un gros contretemps mais des paroles des fois toutes simples comme : "C'est bien que tu existes" ; "Les enfants sont des cadeaux" ; "La vie trouve toujours son chemin". Ces trois phrases résument, c'est plus que des valeurs, c'est mon socle » (ES 1).

« [*A propos des valeurs en général*] : [...] Une de mes valeurs ça serait trouver l'équilibre, qui est toujours en recherche hein, entre la bienveillance et la fermeté, entre l'équilibre normatif et affectif. [Ensuite] [...] je sais pas si c'est une valeur, moi je pense qu'à part ça ces jeunes ont besoin d'être aimé » (ES 2).

« [*A propos des valeurs en général*] : Pour moi une des valeurs c'est ça : c'est avoir du plaisir dans ce qu'on fait. Alors c'est jamais facile. Mais voilà. C'est s'écouter et puis prendre du plaisir » (ES 3).

« [*A propos des grossesses adolescentes*] : Encore une fois, le travail d'un éducateur ou de quelqu'un qui travaille dans une institution, c'est de pas prendre parti. On peut penser. On peut penser des choses. Mais ne pas prendre parti » (ES 3).

« [*A propos des valeurs en général*] : Je pense que la valeur c'est le respect de l'histoire de vie de chacun [...]. Donc mon éthique professionnelle elle est plutôt là-autour [...]. Puis aussi le respect dans la co-construction du problème. C'est-à-dire, eux c'est comme ça qu'ils voient leur problème, eux c'est pas de dire qu'ils sont violents ou qu'elle arrive pas à border sa gamine. Eux le problème actuellement c'est : "On n'a pas d'appart". Donc est-ce que je peux les aider là ? » (ES 4).

Les valeurs énoncées par les éducateurs et l'éducatrice sociale transparaissent effectivement au travers des entretiens et des différentes situations présentées. Pour relier leurs propos avec le cadre théorique (cf. chapitre 2.5.4), il semblerait que le premier éducateur (ES 1) s'approche des valeurs en lien à la Sécurité et à la Spiritualité, selon le modèle établi par Schwartz. En effet, la sécurité concerne l'harmonie et la stabilité de la société, des relations et de soi (Chataigné, 2014). Entre dans cette catégorie la sécurité familiale, qui semble particulièrement en lien avec les propos de l'éducateur « *les enfants sont des cadeaux* ». Du côté spiritualité, celle-ci comprend des sous-catégories telles que l'harmonie intérieure, la vie spirituelle et le sens de la vie, ce dernier étant spécialement présent au travers de la phrase « *c'est bien que tu existes* ».

Pour le deuxième éducateur (ES 2), ce serait davantage la valeur de Bienveillance, se rapportant à la « préservation et [l']amélioration du bien-être des personnes avec lesquelles on se trouve fréquemment en contact » (Chataigné, 2014, p. 28). Cela comprend un sens de la responsabilité, de l'amour et l'aide à autrui, présents dans le discours de ce dernier. En ce qui concerne le troisième éducateur interrogé (ES 3), la valeur se rapprochant de ses propos est l'Hédonisme, c'est-à-dire le plaisir de la vie. Enfin, le quatrième éducateur (ES 4) se rapproche des valeurs d'Autonomie (indépendance de pensée et d'action, liberté) et d'Universalisme (compréhension, justice sociale,

etc.). Cela se voit par la notion de respect du parcours de vie des personnes qu'il accompagne et sa volonté de co-construire et responsabiliser les jeunes.

4.3.2 *Limites dans l'accompagnement*

Dans leur pratique professionnelle, les ES peuvent être confrontés plus ou moins régulièrement à leurs limites. Cela est d'autant plus complexe lorsqu'une situation d'accompagnement va à l'encontre de leurs valeurs. Dans ce sens, un éducateur exprime : « Dès qu'on se retrouve à empiéter sur nos valeurs dans l'accompagnement de quelqu'un, je pense qu'on fait pas du bon boulot » (ES 4). Ainsi, en lien à la décision des jeunes filles d'interrompre leur grossesse, certain·e·s professionnel·le·s n'éprouvent pas de difficultés particulières à les accompagner dans leurs démarches ou à l'hôpital, alors que pour d'autres cela n'est pas envisageable pour différentes raisons :

« Donc non alors moi je pourrais pas [accompagner une jeune fille à interrompre sa grossesse]. Pour moi il y a l'idée d'un engagement solidaire. Je peux pas aller jusque-là. [...] Et puis alors là il y avait toutes mes collègues qui étaient disponibles pour ça et qui n'avaient pas d'état d'âme » (ES 1).

« Moi pas parce que c'est contre mes valeurs [...]. Par contre elle va elle téléphoner, on lui donne les moyens de faire en sorte de faire les démarches et puis évidemment on n'empêche pas. Mais moi activement je fais rien pour. Après j'ai des collègues pour qui ce n'est pas un problème et puis qui vont l'accompagner » (ES 2).

Ces deux mêmes éducateurs ont d'ailleurs discuté avec leur directeur à ce sujet :

« J'ai demandé au directeur comment lui il gérait. J'ai compris qu'il y avait régulièrement des jeunes filles qui se faisaient conduire au planning par leurs éducateurs et puis apparemment il n'y avait pas tellement d'alternative. [...] Et... il était malheureux de me dire : "Mais j'ai pas de cadre, pas de base légale pour créer un cadre pédagogique" » (ES 1).

« Quand j'ai discuté avec mon directeur, j'ai posé le problème sur la table. J'ai dit : "Moi je peux pas participer à faire en sorte qu'un avortement arrive. Comment on fait ? [...]" ». Donc moi j'ai nommé le problème, j'ai été au clair. Je pense qu'une des premières choses c'est d'être au clair avec ses valeurs » (ES 2).

Nous pouvons ainsi remarquer l'importance d'être conscient de ses propres ressources et limites dans ce type d'accompagnement, afin de rester en adéquation avec ses valeurs. En effet, puisque ces dernières transparaissent dans le comportement des individus, il est particulièrement nécessaire pour les professionnel·le·s de pouvoir exposer clairement leurs limites (discuter avec ses collègues et/ou son supérieur hiérarchique) afin de ne pas être entraîné dans des situations qui pourraient être source de souffrance pour ceux-ci. Car comme nous l'avons observé dans le cadre théorique, les valeurs sont composées d'une dimension affective, cognitive et comportementale. Il serait par conséquent contre-productif pour les ES d'intervenir dans des situations opposées à leurs valeurs personnelles.

4.3.3 *Cheminement et vécu des éducateurs et éducatrices sociales*

Le vécu des ES dans les accompagnements de jeunes filles enceintes varie en fonction de différents éléments : l'expérience personnelle et professionnelle d'une part, les valeurs d'autre part. Dans ce sens, trois ES expriment leur cheminement et leur parcours :

« Moi j'ai cheminé au fur et à mesure [...]. Une chose que j'ai compris c'est que... on n'éduque pas les parents. Donc la conclusion de mon coaching de plusieurs jeunes mamans enceintes dans des situations sociales compliquées, c'est de dire : il y a pas de mamans ados. On est ado ou on est maman. En fait il y a un espèce de blocage, beaucoup de gens qui se disent : "Elle peut pas être maman elle est ado". Moi je dis : "Non, elle est maman. Et on va la traiter comme telle, on va la considérer". Et on n'éduque pas une maman comme on éduque un ado. Donc ça, ça a été un cap qui m'a pris du temps » (ES 1).

« [*A propos de l'interruption de grossesse*] : Bah voilà moi je suis du coup pas du tout neutre sur la question... mais lié à mes valeurs mais lié aussi à l'expérience professionnelle que j'ai eue, d'accompagner des gens qui souffraient encore des ANNÉES après... d'avoir pas pu faire le deuil de ce bébé » (ES 2).

« On a aussi des présupposés en tant que travailleur social : "Ça va être la catastrophe, c'est pas le bon contexte pour l'arrivée d'un enfant". [...] Alors peut-être que j'ai l'impression que c'est pas le bon contexte pour l'arrivée d'un enfant. Mais peut-être que l'arrivée de cet enfant va mobiliser des choses qui n'existent pas jusqu'à présent. Donc ne pas avoir de certitudes, dans ce qu'on va partager avec la personne qui va faire ce choix. Dire : "Non mais tu peux pas avoir un enfant maintenant, parce que ça ça ça" ...je pense pas que ce soit quelque chose de très constructif. Après comprendre au mieux le questionnement de la personne. Et puis à un moment donné, aussi accepter qu'on n'a pas de réponse » (ES 4).

Nous pouvons voir au travers de ces partages combien le vécu et l'expérience professionnelle de chacun·e influence sa façon d'intervenir dans la diversité des situations rencontrées. On peut notamment observer le cheminement de certain·e·s en lien aux a priori et présupposés à propos des grossesses adolescentes. Au sujet du vécu plus personnel des ES en lien à ces situations, trois personnes racontent :

« [*A propos des mamans adolescentes*] : Ces jeunes mamans elles m'ont hyper stimulées, pour moi c'est les héroïnes de ce siècle, elles sont capables de tenir tête au système, de se lancer avec une belle inconscience dans l'aventure de la vie. Et finalement, les choses se mettent en place » (ES 1).

« [*A propos des jeunes filles ayant interrompu leur grossesse*] : Pour moi c'était vraiment dur... Ouais, c'était vraiment dur. En plus elles étaient arrivées coup sur coup les deux [...]. Il y a rien eu avant, rien eu après... tant mieux hein. Mais ouais c'était dur pour moi » (ES 2).

« [*A propos de la jeune fille ayant interrompu sa grossesse*] : [...] Après dans ce cas là pour moi, alors il y a une souffrance au niveau de la jeune fille, mais pour moi c'est quand même un soulagement dans ce cas-là. Parce que je me dis que... ce petit bébé ça aurait été quand même assez difficile pour lui... Voilà... Mais oui, c'est toujours... c'est quand même des moments, même en étant éduc, on touche quand même à l'émotion, on est beaucoup plus empathique, on va quand même aller voir si ça va bien, on prend beaucoup plus de soin de la personne » (ES 3).

C'est ainsi que les accompagnements de jeunes filles enceintes vers la poursuite ou l'interruption de leur grossesse provoquent diverses émotions et réactions du côté des professionnel·le·s de l'éducation sociale. En fonction de leurs valeurs et de leurs conceptions de l'aide, ceux-ci vont donc adopter différentes postures. Rezsahazy indique au sujet du débat environnant sur l'IG que « tous les participants peuvent hautement estimer la valeur de la vie, mais certains vont insister davantage sur la sauvegarde de l'enfant conçu, tandis que d'autres vont donner la priorité à la décision de la femme enceinte » (2006, pp. 6-7). Dans tous les cas, les éducateurs et l'éducatrice sociale interrogée ont pu montrer les ressources et actions mises en place pour accompagner les jeunes filles, et ce quelle que soit leur décision.

4.4 Synthèse de l'analyse

4.4.1 Réponse à la question de recherche

À la suite des recherches théoriques et des entretiens menés auprès de quatre ES de Suisse romande, il est désormais possible de répondre à la question de recherche suivante :

De quelle manière un éducateur ou une éducatrice sociale accompagne-t-elle une jeune fille enceinte dans son choix de poursuivre ou d'interrompre sa grossesse ? Quelle forme prend l'accompagnement en fonction de ses propres valeurs ?

Nous avons vu que l'accompagnement varie en fonction d'un certain nombre d'éléments : le contexte de vie des jeunes filles enceintes, leur vécu de la grossesse ou de son interruption, l'expérience personnelle et professionnelle de l'ES en lien à ces questions délicates, ses valeurs et sa perception de la situation, la mission de l'institution, etc. Afin d'approfondir la question de recherche, trois hypothèses ont été émises en début de travail. Nous allons dès lors procéder à leur vérification, c'est-à-dire les confirmer ou les infirmer en fonction des éléments découverts lors de l'analyse des résultats.

4.4.2 Synthèse de l'hypothèse A

La grossesse ou l'interruption de grossesse peut être plus ou moins aisée à vivre selon le contexte de vie de la jeune fille.

Initialement, l'hypothèse posée partait de l'idée que la démarche avant – pendant – après une IG était source de souffrance pour la jeune fille. Il a été décidé par la suite de reformuler l'hypothèse de manière à prendre en compte autant la poursuite que l'interruption de grossesse. À la suite des réponses apportées par les ES, il est désormais possible de confirmer cette hypothèse : la grossesse ou l'IG est effectivement plus ou moins aisée à vivre selon le contexte de vie²¹ de la jeune fille.

Dans la majorité des témoignages rapportés, nous avons vu que les grossesses survenaient dans des contextes de vie déjà fragilisés. Elles pouvaient parfois souligner davantage les difficultés de la jeune fille, ou au contraire l'aider à mobiliser de nouvelles ressources. Au-delà des questions financières, la stabilité des relations (familiales et affectives) apparaît comme l'influence majeure pour poursuivre ou interrompre la grossesse. Lorsque la jeune fille reçoit du soutien et est entourée de ses proches, elle opte généralement pour poursuivre la grossesse. À l'inverse, lorsque le soutien vient à manquer et que la relation avec le géniteur est compliquée, elle se tourne davantage vers l'IG.

Pour celles qui décident de poursuivre la grossesse, nous avons observé que leur situation n'est pas forcément idyllique. Néanmoins, des projets et interventions sont mises en place pour les aider dans cette étape de vie et elles semblent s'en sortir avec plus ou moins de facilité. Nous ne pouvons toutefois en tirer de généralités, dû au nombre restreint de témoignages à disposition. Du côté des jeunes filles ayant interrompu leur grossesse, toutes semblent avoir été marquées d'une manière ou d'une autre par cet acte. Les éducateurs sociaux et l'éducatrice sociale parlent chacun·e de la souffrance qu'ils ont observée pour ces jeunes filles suite à l'intervention. Les symptômes comme l'anxiété, les états dépressifs et les fréquentes absences ont été relevés.

²¹ Pour rappel, le contexte de vie comprend en particulier l'âge de la jeune fille, sa situation sociale (familiale, amicale, professionnelle, ...), sa situation économique ainsi que sa relation avec le géniteur.

4.4.3 Synthèse de l'hypothèse B

L'éducateur ou l'éducatrice sociale intervient dans la réflexion et dans le choix de la jeune fille de poursuivre ou d'interrompre sa grossesse.

Cette hypothèse peut désormais être confirmée, bien que nuancée. En effet, en posant cette hypothèse, nous cherchions initialement à comprendre l'implication des ES dans la décision d'une jeune fille et à déceler d'éventuelles pressions de leur part. Puisque de nombreux facteurs interviennent dans la réflexion et la décision de celle-ci, il n'est pas possible de mesurer précisément la part d'influence des ES à ce sujet. Par conséquent, le choix a été fait d'orienter cette hypothèse sur les moments-clés repérés dans l'accompagnement des grossesses adolescentes. Il a été possible d'en relever trois. Le premier concerne la prévention effectuée au sujet de la sexualité. Le second est l'accompagnement de l'ES pendant le processus de réflexion de la jeune fille. Et finalement, les éléments concrets effectués par l'ES dans le choix de cette dernière.

En amont d'une grossesse, nous avons pu observer en particulier deux niveaux de prévention : l'une est assurée par l'équipe éducative et l'autre par des personnes externes invitées (professionnel·le·s ou jeunes mamans). Les ES interrogés ont également relevé une problématique en lien avec le positionnement des jeunes filles dans la relation affective et/ou sexuelle, de même que dans leur rapport à elles-mêmes et à leur propre corps.

Ensuite, dans le processus de réflexion de la jeune fille enceinte vers la poursuite ou l'interruption de grossesse, un éducateur a pointé l'absence de cadre éducatif. Nous avons donc observé que l'accompagnement varie selon les ES, et que ce dernier dépend de leur regard sur la grossesse et sur la situation de la jeune fille. Par conséquent, différentes postures ressortent. Dans certains discours, nous pouvions sentir une équipe éducative adopter la posture de « sauveur », prenant la responsabilité d'identifier le problème rencontré et de concevoir la solution la plus appropriée.

Parmi les ES interrogés, tous semblent avoir endossé la posture de « passeur » la majeure partie du temps. Aussi, il se peut qu'ils aient adopté d'autres postures suivant les événements, celles-ci n'étant pas figées. L'un d'eux a notamment adopté maintes fois une posture de « militant ». Il a cherché à rassembler et mobiliser les mamans adolescentes afin que celles-ci puissent réfléchir à des moyens d'action, dans le but de faire évoluer et changer un aspect de leur environnement perçu comme problématique.

Globalement, nous avons vu que les ES tendent vers une certaine neutralité dans leur accompagnement : ils veillent à donner des choix et à présenter les alternatives possibles aux jeunes filles enceintes. Toutefois, deux des personnes interrogées déplorent de manière générale l'absence de choix laissé à celles-ci, que ce soit dans la société ou quelques fois aussi dans les équipes éducatives.

Finalement, une fois qu'une jeune fille a pris sa décision, nous avons pu relever une partie du travail des ES : leur disponibilité et leur présence auprès des jeunes filles, l'aide dans les trajets et les prises de rendez-vous, la mobilisation du réseau ainsi que l'aide dans les démarches effectuées en vue de favoriser leur autonomie et leur insertion dans la société. Nous pouvons donc le constater, différents éléments entrent en compte dans l'accompagnement de grossesses adolescentes.

4.4.4 Synthèse de l'hypothèse C

L'accompagnement de l'éducateur ou de l'éducatrice sociale varie en fonction de ses valeurs.

Initialement, l'hypothèse posée portait sur la variation de l'accompagnement en fonction de plusieurs facteurs, dont le cahier des charges, la perception de la grossesse et son interruption, et enfin les valeurs et croyances personnelles des professionnel·le·s. Puisque les deux premiers items n'ont pas été abordés lors des entretiens, il a été décidé par la suite de centrer cette partie de l'analyse sur les valeurs uniquement, de manière à davantage cibler la recherche. De cette façon, il est désormais possible de confirmer cette hypothèse, tout en y apportant des précisions.

En effet, nous avons vu que sur les trois ES ayant assisté à des IG, l'un n'a pas évoqué de réticences particulières, là où les deux autres ont exprimé une impossibilité d'accompagnement. Une personne a d'ailleurs explicitement nommé les valeurs en expliquant que l'IG était « contre ses valeurs ». Nous pouvons de ce fait relever deux éléments : premièrement, il est essentiel pour les ES d'être au clair avec leurs propres limites et de pouvoir en parler à leurs collègues et/ou à leur supérieur·e. Deuxièmement, le travail en équipe leur permet de faire appel les uns aux autres dans ce type de situation.

En conclusion, l'accompagnement de l'ES varie effectivement en fonction de ses valeurs, mais il dépend également de sa propre histoire de vie, de son expérience professionnelle passée, des différentes situations accompagnées jusqu'à aujourd'hui, de sa conception de l'aide, et d'autres éléments encore. Nous pouvons enfin noter que pour la plupart des ES interrogés, ceux-ci semblent avoir ressentis une certaine souffrance dans l'accompagnement des interruptions de grossesses adolescentes.

5 POSSIBILITÉS D’ACTION

Lors des entretiens avec les éducateurs et l'éducatrice sociale, deux questions ont été posées en lien à la prévention des grossesses adolescentes et aux conseils à donner à de jeunes ES. Les différentes réponses serviront dans ce chapitre de pistes d'action dans l'accompagnement de ces situations. La première question était la suivante :

Selon vous, que peut-on faire pour prévenir une grossesse ou une interruption de grossesse à l'adolescence ?

Trois ES ont mentionné les connaissances des adolescent·e·s sur la contraception, acquises au travers des actions de prévention organisées à l'école. Deux d'entre eux ont exprimé l'importance de poursuivre ces préventions, tout en y ajoutant des précisions :

« Il faut continuer à expliquer aux jeunes femmes et aux jeunes hommes. Peut-être aussi aux jeunes hommes des fois que c'est quelque chose qui est de la responsabilité des deux [...]. Surtout à cet âge-là. À un moment donné il se dit : “Ah elle prend certainement ses précautions, on n'est pas là-dedans”. [...] Il y a moyen de continuer à faire de l'instruction par rapport à ça. Ça doit pas être des choses taboues. Et puis encourager les parents à en parler aussi avec leurs enfants » (ES 4).

Un deuxième élément mentionné par ces deux mêmes éducateurs concernait le rôle des parents. Il pourrait être ainsi intéressant de pouvoir, par exemple, organiser des ateliers de prévention auprès des parents, dans le but de les aider à discuter avec leurs enfants au sujet de la sexualité et leur donner des pistes, afin de les accompagner adéquatement. Néanmoins, tous les parents ne se sentent pas à l'aise d'aborder le sujet avec leurs enfants. Un éducateur proposait comme piste de prévention « d'aider les jeunes à se connecter à eux-mêmes et à sentir à l'intérieur d'eux quand c'est le moment, avec quelle personne. Et PAS subir les modes, les pressions, le regard des copines “alors toi tu l'as fait ?” “ah non” » (ES 2). Il exprime la nécessité pour les jeunes d'apprendre à se connaître et à se positionner dans une relation :

« Donc la meilleure prévention – mais évidemment que ça doit commencer avant l'adolescence, à l'adolescence c'est trop tard – c'est d'aider le jeune à savoir ce qu'il ressent, savoir ce qu'il sent, quelles sont ses valeurs, qu'est-ce qu'il veut pour lui, qu'est-ce qui... ce à quoi il n'est pas d'accord de participer... c'est ce travail-là. Et ensuite le positionnement il va découler de ça » (ES 2).

Nous pouvons voir ici l'importance d'un travail éducatif au sujet du positionnement des jeunes dans la relation affective et/ou sexuelle. Ce travail peut s'effectuer par l'équipe éducative entourant un·e jeune, par ses parents et/ou par des organismes de prévention et d'éducation externes. Pour finir, une dernière idée proposée par un éducateur concernait l'organisation d'ateliers de discussion où de jeunes mamans témoignent devant d'autres jeunes. Il explique :

« Ce qu'il se passe quand une jeune maman raconte sa réalité, les jeunes sont électrisés. Parce que ça leur parle du combat de leurs parents pour eux-mêmes. Quelque part cette jeune femme qui se bat contre vents et marées pour dire “c'est mon gosse”, ça leur parle de leurs propres doutes existentiels à eux » (ES 1).

En conséquence, inviter des jeunes mamans à parler de leur réalité aurait un impact responsabilisant auprès des autres adolescent·e·s. C'est une façon nouvelle d'imaginer la prévention, et cela permet notamment de contribuer au développement du pouvoir d'agir des jeunes mamans. De même, l'idée de proposer des ateliers entre pairs au sujet de ces questions offre un rapport plus horizontal et permet à ceux-ci de s'identifier davantage au discours et à la situation du pair-émulateur, étant donné la similarité des âges.

Au sujet de la seconde question posée aux ES, elle était formulée ainsi :

Quels conseils donneriez-vous à de jeunes travailleurs sociaux et travailleuses sociales dans ce type d'accompagnement ?

Deux éducateurs ont abordé l'importance d'être au plus près de ses convictions et de ses valeurs dans l'accompagnement. Cela passe par la communication de ses limites auprès des collègues et/ou de la direction. Tous les deux expliquent :

« Être au clair avec ses valeurs c'est aussi le moment venu par exemple, d'arriver à dire à son collègue ou à son supérieur : "Moi là je suis pas d'accord". Parce que si on n'arrive pas à faire ça, on va être – et c'est inévitable – entraîné dans des situations où finalement on doit prêter la main à des choses avec lesquelles au fond on n'est pas en accord. Et en fait on se laisse faire du mal par la situation » (ES 2).

« C'est-à-dire que quelqu'un qui ne peut pas envisager l'avortement dans son éthique personnelle, je pense que c'est alors-là totalement illusoire et contre-productif de dire : "Je peux t'accompagner chez le médecin si tu décides de faire ce choix-là". Je pense qu'il faut être en accord avec soi aussi. Parce que ça nous ébranle aussi à un moment donné. C'est pas des choix anodins. [...] [Et] si je sens que j'ai mes limites, eh bien les poser d'une certaine façon tout en essayant de ne pas juger la personne » (ES 4).

Ensuite, nous pouvons noter l'importance de se renseigner adéquatement sur la grossesse et l'interruption de grossesse, notamment au sujet des conséquences sur le corps de la jeune fille. Un éducateur explique l'intérêt de se pencher sur ce qu'il se passe lors d'une IG, ce que vit la femme, la violence faite à son corps et les conséquences sur celui-ci. Il exprime : « Ne serait-ce que sur le plan hormonal. Une femme enceinte hormonalement tout est bouleversé et TOUT le corps se met pour fabriquer ce bébé, et tout d'un coup pouf tout s'arrête » (ES 2). Ainsi, des explications et approfondissements pourraient tout à fait être donnés à des ES, de même qu'auprès des jeunes filles et des jeunes hommes. Cela leur permettrait (aux ES) d'être davantage informés et équipés dans l'accompagnement de ces situations et du vécu des jeunes.

De plus, un éducateur explique l'importance de communiquer avec la direction au sujet de ces situations (ne pas garder de secret), de demander conseils aux supérieur·e·s, de s'entourer de personnes plus expérimentées et de s'appuyer sur des spécialistes. Finalement, la nécessité de rester neutre et de respecter le choix de la personne est à nouveau mentionné :

« Pour moi, il faut mettre en avant les choix qui sont possibles : "Tu as le choix de garder ou d'interrompre. Si tu gardes bah voilà, d'ici quelques mois tu as ça ça ça, faudra qu'on mette ça ça ça en place pour t'aider". Pis voilà, donner les deux voies possibles. Mais encore une fois, on n'a pas la science infuse [les éducateurs] » (ES 3).

Par conséquent, nous pouvons le constater, un certain nombre de pistes d'action peuvent prendre place pour aider les ES à accompagner les grossesses adolescentes. En outre, diverses ressources existent, en termes d'informations et de prévention aux adolescent·e·s et en termes d'accompagnement des jeunes mamans. Ces ressources sont présentées à l'annexe II (point 3) de ce dossier.

6 BILANS ET CONCLUSION

6.1 Limites de la recherche

Ce travail étant une introduction à la recherche, sa principale limite concerne la **taille de l'échantillon**. En effet, le nombre d'ES ayant participé à cette étude est quantitativement faible. Les données récoltées lors des entretiens étant liées à l'expérience professionnelle et personnelle de ceux-ci, elles ne peuvent donner une représentation exhaustive de la réalité. En connaissance de cause, les résultats en lien au vécu des ES et des jeunes filles dans la poursuite ou l'interruption de la grossesse ne peuvent être généralisés à l'ensemble des accompagnements. Néanmoins, ces données permettent de tirer des constats intéressants, de relever certaines difficultés et de proposer des pistes de réflexion.

Une seconde limite concerne le **choix de l'échantillon**. Seulement une femme et trois hommes ont été interviewés dans le cadre de ce travail. Nous pouvons aisément imaginer que les résultats auraient pu différer quelque peu si l'échantillon représentait une parité entre les genres, ou encore si un nombre plus important de femmes avaient été interviewées. En effet, la grossesse concernant la jeune fille, il est possible de poser l'hypothèse selon laquelle il est plus facile pour une adolescente de s'adresser à une femme plutôt qu'à un homme. Par ce biais, le type d'accompagnement et le vécu des ES aurait pu varier d'une certaine manière.

Pour finir, une troisième limite réside dans le fait qu'un travail de recherche contient forcément une **part de subjectivité**. Malgré les précautions mises en place pour garantir l'objectivité, nous ne pouvons nier l'influence possible de l'auteur·e dans les phases de rédaction, d'entretiens ou encore d'analyse des résultats.

6.2 Bilan du processus de recherche

Nous allons désormais dresser le bilan des objectifs posés en début de travail, de même qu'aborder plus globalement les différents apprentissages effectués. Les **objectifs** concernaient majoritairement des éléments de compréhension au sujet de la thématique choisie. Ceux-ci sont donc atteints. En effet, les données théoriques et empiriques ont permis d'acquérir une meilleure connaissance de la grossesse et de son interruption, des enjeux en lien à la réflexion des jeunes filles ainsi que du rôle des ES dans l'accompagnement.

Au niveau **methodologique**, un planning de réalisation a été élaboré avant de débiter les différentes recherches. Dû à la période de formation pratique et à la prolongation d'un module de cours pendant le sixième semestre de formation, il n'a pas été possible de tenir les délais initialement fixés. De ce fait, la poursuite du TB a été décalée de plusieurs mois. Ensuite, une planification et des objectifs de travail étaient établis chaque mois afin d'organiser efficacement l'avancée du TB. Un des apprentissages concerne ici la construction d'une planification réaliste et réalisable du travail, et la réadaptation du programme et des objectifs en fonction de l'avancée effective du TB.

Au niveau **professionnel**, la réalisation de ce travail a permis d'approfondir une thématique peu abordée dans le cadre de la formation : l'accompagnement selon les valeurs et le positionnement de l'ES dans la relation éducative face à des questions éthiques. Cela a permis de questionner davantage ma propre pratique professionnelle et d'apporter certains outils utiles pour la suite. Afin d'assurer un travail de qualité, un certain nombre de compétences ont été développées et mises en œuvre :

- ♦ Sens de l'organisation et efficacité dans la recherche d'ouvrages scientifiques ;
- ♦ Prise de notes diverses et tenue de procès-verbaux ;

- ♦ Sens de la communication auprès des différents partenaires (institutions, personnes interviewées, directrice de TB) ;
- ♦ Capacité de préparation et de conduite d'entretien ;
- ♦ Capacité d'analyse des données récoltées et de rédaction ;
- ♦ Discipline et régularité de travail ;
- ♦ Autonomie et persévérance ;
- ♦ Lâcher-prise et capacité de décision.

Au niveau **personnel**, j'ai éprouvé tout au long de ce travail certaines difficultés à être synthétique dans la rédaction, à cibler davantage le thème de la recherche et à faire des deuil au sujet d'éléments non abordés. J'avais en effet parfois tendance à m'éparpiller dans mes recherches et mon analyse tant le sujet m'intéressait et me passionnait. De plus, effectuer une étude sociale sur une période aussi longue a demandé un sens de l'organisation accru, de la persévérance dans les moments de doutes, ainsi qu'une certaine assiduité dans le travail.

Au fur et à mesure de l'avancée de ce travail, mon regard sur la grossesse à l'adolescence a évolué, de même que sur l'accompagnement des ES. Je partais au départ avec l'idée que ceux-ci exerçaient une certaine influence sur la décision de la jeune fille. Je me demandais si certains n'orientaient pas les jeunes filles uniquement vers l'IG, pensant que ce serait la meilleure solution, et cela sans donner d'alternatives. C'est peut-être le cas dans certaines équipes éducatives ou parmi certain·e·s professionnel·le·s. Toutefois, je n'ai pu le constater dans le cadre de cette initiation à la recherche. À l'inverse, ce que j'ai observé auprès des ES interviewés correspondait à une posture professionnelle emprunte de bienveillance. L'accompagnement était marqué par une constante recherche de neutralité et de responsabilisation de la jeune fille dans ses choix.

De même, au sujet de la grossesse à l'adolescence, je l'abordais initialement avec un certain nombre d'aprioris voire de jugement. À travers les différentes recherches et en particulier le premier entretien mené avec un éducateur, ma vision de la situation s'est transformée, rejoignant les propos de celui-ci : « *les enfants sont des cadeaux* ». Bien que la vision portée par la société sur la grossesse adolescente semble plutôt négative, j'ai pu l'appréhender non plus comme un problème mais l'apercevoir sous un angle positif : une maman adolescente peut se montrer tout à fait responsable et autonome. La grossesse peut en effet lui apporter un potentiel et une force de changement, l'aidant à sortir de situations sociales défiantes.

6.3 Conclusion et perspectives

Nous avons donc pu découvrir au travers de ce dossier différents éléments au sujet de l'accompagnement des grossesses adolescentes. En premier lieu, le cadre théorique a permis d'approfondir diverses notions. Nous avons pris connaissance des stades de grossesses relatant l'évolution de l'embryon au fœtus, ainsi qu'une partie du vécu émotionnel et psychologique de la grossesse. Par la suite, nous avons pu aborder l'IG au travers du cadre légal en vigueur en Suisse, les méthodes abortives, ainsi qu'une partie des risques et complications possibles. Le chapitre sur l'adolescence a quant à lui permis de comprendre davantage les changements et enjeux liés à cette période de vie, dont ceux liés au travail identitaire et à la sexualité. Enfin, nous nous sommes penchés sur les rôles et fonctions des ES, en passant par les postures professionnelles et la question des valeurs.

Une fois le cadre théorique achevé, la méthodologie ayant servi à construire la phase empirique de cette recherche a été présentée. C'est ensuite qu'une analyse des données récoltées auprès des ES interviewés a été entreprise. Au travers de trois hypothèses, nous avons approfondi le vécu des jeunes filles en termes de poursuite ou d'interruption de grossesse, le rôle de l'ES dans l'accompagnement et enfin son propre vécu et ses valeurs. Finalement des possibilités d'action ont été relevées par les ES et présentées dans ce dossier.

Tout au long de cette recherche, un soin particulier a été pris pour sortir du débat idéologique environnant, particulièrement au sujet de l'IG. Ainsi, dans le but d'appréhender la situation de façon nouvelle, la thématique s'est rapidement orientée sur des éléments en lien à l'accompagnement et au vécu des ES et des jeunes filles. Cette manière de procéder a permis d'aborder le sujet sur la base d'expériences personnelles et professionnelles propres à chacun, promouvant le dialogue et l'ouverture.

À titre personnel, j'ai ressenti beaucoup de plaisir à travailler sur cette thématique. L'intérêt et l'engouement de mon entourage proche ou éloigné, de mes collègues et d'autres personnes lorsque j'expliquais le sujet de cette recherche m'a particulièrement motivée. J'ai également été touchée de voir des personnes se confier au sujet de leur propre vécu de l'IG, simplement après avoir expliqué la thématique de mon travail. Cela m'a donné la possibilité d'être présente dans l'écoute et de favoriser des discussions authentiques.

Pour conclure, plusieurs perspectives à ce travail existent. D'une part, il serait intéressant d'étudier davantage le vécu des mamans adolescentes, et/ou des jeunes filles ayant reçu une IG. Ceci permettrait d'avoir accès à leur propre expérience et de pouvoir ressortir leurs besoins réels en termes d'accompagnement psychologique, éducatif ou social. D'autre part, il est possible d'imaginer recueillir des données quantitatives sur le sujet au travers d'un questionnaire adressé à des jeunes filles, à des ES ou encore à des étudiant·e·s en travail social. Et finalement, la thématique de la posture professionnelle et des valeurs en lien à des sujets éthiques mériterait d'être plus approfondie, voire abordée plus précisément dans le cursus scolaire des hautes écoles.

C'est avec un dernier questionnement que se termine cette recherche : quels sont les effets et répercussions psychologiques de la parentalité à l'adolescence ? Existe-il des parallèles entre le vécu de la parentalité et celui de l'IG sur la santé mentale des jeunes filles ? Ces questions pourraient être développées dans le cadre d'un second travail de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

- AvenirSocial. (2014). Profil des professionnel-le-s du travail social. Récupéré sur <https://avenirsocial.ch/fr/publications/brochures-professionnelles/>
- Bajrami, G. (2018). *Méthodologie d'intervention*. Cours du module A2. Sierre: Haute Ecole de Travail social, HES·SO//Valais. [Non publié].
- Chataigné, C. (2014). *Psychologie des valeurs*. Louvain-la-Neuve: De Boeck.
- Code pénal suisse (CP) modification du 23 mars 2001 sur l'interruption de grossesse : RO 2002 2989. Récupéré le 18 avril 2020 sur <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2002/2989.pdf>
- da Conceição Taborda-Simões, M. (2005). L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ? *Bulletin de psychologie*, 479(5), pp. 521-534. doi : <https://doi.org/10.3917/bupsy.479.0521>
- Ecochard, R., & Bayle, B. (2017). 15. Enjeux psychologiques de l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Dans B. Bayle (Dir.), *Psychiatrie et psychopathologie périnatales* (pp. 131-139). Paris: Dunod. doi : <https://doi.org/10.3917/dunod.bayle.2017.01.0131>
- Etat de Vaud. (s.d.). *Grossesse imprévue / interruption de grossesse*. Récupéré sur <https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/prevention-et-maladies/promotion-de-la-sante-et-prevention/grossesse-imprevue-interruption-de-grossesse/>
- Etat de Vaud. (s.d.). *Interruption de grossesse - information destinée aux professionnel-le-s*. Récupéré sur <https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/pour-les-professionnels/interruption-de-grossesse/>
- Fédération internationale des travailleurs sociaux. (2014). *Définition globale du travail social*. Récupéré sur https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/ifsw-cdn/assets/ifsw_111716-6.pdf
- Garnier, Y., & Vinciguerra, M. (Éds.). (2008). *Le petit Larousse illustré*. Paris: Larousse.
- Guide Social Romand (GSR). (2018). *Avortement - Interruption de grossesse*. Récupéré sur <https://www.guidesocial.ch/recherche/fiche/generatepdfAll/285>
- Gynécologie suisse SGGG. (s.d.). *Protocoles d'information*. Récupéré sur <https://www.sggg.ch/fr/informations-dexperts/protocoles-dinformation/>
- Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. (2006). Plan d'études cadre. *Filière de formation en Travail social*. Récupéré sur <https://www.hevs.ch/media/document/4/plan-d-etudes-cadre-06-pdf.pdf>
- Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. (2020). *Plan d'études cadre*. Récupéré sur <https://www.hevs.ch/media/document/3/pec2020-ba-travail-social-fr.pdf>
- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). (2020). *Interruption de grossesse*. Récupéré sur <https://www.hug.ch/gynecologie/interruption-grossesse>
- Lavigne, E., & Irion, O. (2016). *Ma grossesse*. Chêne-Bourg, Genève: Planète santé.
- Le Bossé, Y. (2016). *Soutenir sans prescrire*. Québec: Ardis.
- Nilsson, L. (2018). *Naître* (6^e éd. entièrement révisée). (s.l.): Marabout.
- Nisand, I., Araújo-Attali, L., & Schillinger-Decker, A.-L. (2012). *L'IVG*. Paris: Presses universitaires de France.
- Office fédérale de la statistique. (2021). *Interruptions de grossesse*. Récupéré sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive/interruptions-grossesses.html>

- Office fédérale de la statistique. (2021). *Naissances*. Récupéré sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/naissances-deces/naissances.html>
- Office fédérale de la statistique. (2021). *Tableaux*. Récupéré sur https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.html?dyn_prodima=900961
- Philippe, M. (2018). *Après l'IVG : des femmes témoignent*. Paris: Artège.
- Pichonnaz, D. (2020). *Outils de récolte de données*. Cours du module TB. Sierre: Haute Ecole de Travail social, HES·SO//Valais. [Non publié].
- Rezsohazy, R. (2006). *Sociologie des valeurs*. Paris: Armand Colin.
- Solioz, E. (2018). *L'adolescence*. Cours du module C4. Sierre: Haute Ecole de Travail social, HES·SO//Valais. [Non publié].
- Stadelmann, S., & Suris, J.-C. (2020, Novembre). *Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2019 : l'essentiel*. Récupéré sur Université de Lausanne: https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_5BAD2A399BCC.P001/REF

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure page de titre : Grossesse (image libre de droits, tirée de https://pixabay.com/fr/)	
Figure 1 : Stades de développement pour une grossesse normale (Lavigne & Irion, 2016, p. 9)	9
Figure 2 : 7 ^{ème} semaine de grossesse (Nilsson, 2018, p. 83).....	10
Figure 3 : 9 ^{ème} semaine de grossesse (Nilsson, 2018, p. 93).....	10
Figure 4 : 12 ^{ème} ou 13 ^{ème} semaine de grossesse (Nilsson, 2018, p. 111).....	10
Figure 5 : Méthodes utilisées selon l'évolution de la grossesse (HUG, 2020)	15
Figure 6 : Taux d'interruptions de grossesse en Suisse en 2020	18
Figure 7 : Taux d'interruptions de grossesse en Suisse en 2020 chez les 15-19 ans.....	19
Figure 8 : Début et fin de l'adolescence (Cloutier, 1996, tiré de Solioz, 2018)	21
Figure 9 : Modèle théorique des relations entre les dix valeurs de base (Chataigné, 2014)	26

ANNEXES

Annexe I :	Formulaire de déclaration obligatoire – Canton de Vaud	II
Annexe II :	Compléments théoriques et ressources diverses	III
Annexe III:	Contacts aux institutions	VI
Annexe IV:	Formulaire de consentement libre et éclairé.....	VIII
Annexe V :	Grille d’entretien	IX
Annexe VI:	Exemple de grille d’analyse vierge	XI

Annexe I : Formulaire de déclaration obligatoire – Canton de Vaud



**canton de
vaud**

LIBERTÉ
DE
PATRIE

Page 1 pour le dossier de la patiente chez le médecin opérateur.

Demande d'interruption d'une grossesse

(Procédure administrative d'usage à l'attention du médecin)

Le présent formulaire est composé de deux pages:

La page 1 ci-dessous présente un volet A, et concerne la patiente de moins de 16 ans, et un volet B qui concerne la patiente de plus de 16 ans. Le médecin est tenu de remplir la partie qui convient et de la mettre au dossier de la patiente chez le médecin opérateur.

Selon les nouvelles directives, lorsque l'interruption de grossesse intervient au-delà des 12 semaines de grossesse, le médecin doit émettre un avis médical détaillé sur la situation de la patiente au lieu des formulaires susmentionnés.

MOINS DE 12
SEMAINES
REVOLUES
A ET B

COMPLÉTER
FORMULAIRE
STATISTIQUE

Attestation de l'entretien réalisé avec la jeune femme enceinte âgée de moins de 16 ans révolus demandant une interruption de grossesse

PATIENTE DE MOINS DE 16 ANS

A

J'atteste que

Nom : **Prénom** :

Date de naissance : **Domicile** :

qui demande une interruption de grossesse, a été reçue et conseillée lors d'un entretien le

Lieu et date :

Nom, prénom :

et signature de la conseillère/du conseiller :

Timbre du centre de consultation reconnu spécialisé pour les mineurs : 

J'atteste avoir bénéficié de cet entretien.

Lieu et date :

Signature de la personne demandant l'interruption de grossesse :

Attestation de l'entretien réalisé entre la femme enceinte demandant une interruption de grossesse et le médecin-conseil

PATIENTE DE PLUS DE 16 ANS

B

J'atteste que

Nom : **Prénom** :

Date de naissance : **Lieu de domicile** :

suis enceinte et me trouve dans une situation de détresse. Je décide de ne pas mener cette grossesse à terme. C'est pourquoi je demande une interruption de grossesse.

Le médecin, Dr

- s'est entretenu de manière approfondie avec moi,
- m'a conseillée personnellement,
- m'a informée sur l'intervention et les risques médicaux qui y sont liés,
- m'a transmis un document contenant la liste officielle des centres de consultations en matière de grossesse proposant gratuitement une aide matérielle et psychologique, une liste d'associations et organismes susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle et des informations sur la possibilité de faire adopter l'enfant.

Lieu et date :

Signature de la femme :

1

Annexe II : compléments théoriques et ressources diverses

1. *Métiers historiques du travail social*

Service social

Les assistantes et assistants sociaux (ci-après AS) contribuent « à la résolution des problèmes sociaux que les personnes concernées ne peuvent résoudre d'elles-mêmes. [...] Leur fonction est l'accompagnement social d'individus, de familles ou de groupes dans un but d'autonomie, en facilitant l'accès aux ressources de la collectivité » (Plan d'études cadre, 2006, p. 6). Les AS sont mandaté·e·s par les autorités publiques, judiciaires et privées ou encore par les clients qui souhaitent un accompagnement. Elles et ils interviennent auprès des personnes mineures et des adultes en offrant accueil, soutien, accompagnement et accès aux droits. Les AS travaillent dans différents contextes, par exemple auprès de situations familiales difficiles, de situations de négligences, de maltraitements ou de violences, auprès de personnes faisant face à des problèmes économiques, de santé ou encore d'insertion sociale ou professionnelles. Leur terrain d'action prend place dans les offices et les centres sociaux, les hôpitaux, les soins à domicile, les écoles et les entreprises, ou encore dans les services tels que la protection de l'enfant ou de l'adulte par exemple.

Animation socioculturelle

L'action des animateurs et animatrices socioculturelles (ci-après ASC) vise à « organiser et à mobiliser des groupes et des collectivités en vue d'un changement social » (Plan d'études cadre, 2006, p. 5). Le travail des ASC est ainsi davantage axé sur le collectif, dont la fonction principale est la médiation intergroupe et la création du lien social. Elles et ils interviennent auprès de groupes de tous âges (enfant, jeunes, adultes, personnes âgées) et conduisent des projets afin d'améliorer les conditions de vie et l'accès à l'expression des groupes minorisés (Plan d'études cadre, 2020). Leur terrain d'action se trouve principalement dans les centres de loisirs, les maisons de quartier, les établissements médico-sociaux, les foyers pour personnes âgées, les centres culturels ou encore en travail social hors murs.

2. *Sociologie des valeurs*²²

Dans la perspective sociologique, les valeurs ont de multiples rôles et fonctions. Elles régulent la société et sont à la base pour l'individu d'un processus de construction de son identité. En effet, selon Rezsóhazy (2006) « elles forgent l'image et l'estime de soi. L'individu qui est conscient de ses valeurs peut se considérer comme une personne, trouver sa place dans le monde, avoir confiance en soi, interpréter et évaluer son environnement social » (p. 11). Elles constituent son système d'action et « génèrent les attitudes et orientent les comportements » (p. 12).

Ainsi, le concept des valeurs comprend principalement quatre dimensions : les valeurs sont portées par des **individus ou des groupes sociaux** (les jeunes, les suisses, les travailleurs sociaux, ...), elles concernent un **objet** qui est qualifié par un **jugement** (bon ou mauvais par exemple), et deviennent des **normes** lorsqu'elles s'inscrivent dans des comportements. Par objet, il faut entendre tout élément qui peut être apprécié, valorisé, estimé ou encore condamné, qu'il soit relié à la réalité sociale, à une forme de spiritualité ou à la morale, par exemple la foi religieuse, le travail, la famille, le profit, etc. Cet objet est déterminé par un jugement qui peut être « posé comme vrai, beau, bien, selon des critères personnels ou sociaux, et sert de référence, de principe moral » (Le petit Larousse illustré, 2008, p. 1054). Le jugement peut également être négatif, certains objets étant qualifiés de mauvais, inutiles, indésirables, etc. Finalement, lorsque les valeurs indiquent une ligne de conduite, nous pouvons dire qu'elles « fondent les normes et les normes orientent les actes » (Rezsóhazy, 2006, p. 6). Dans le cas où la famille par exemple est considérée comme une valeur

²² Ce chapitre s'inspire largement du livre *Sociologie des valeurs* par Rudolf Rezsóhazy publié en 2006.

(objet), l'individu (porteur des valeurs) peut la qualifier de sacrée et donc évaluer le divorce comme indésirable (jugement), son comportement se traduira par exemple par une importante fidélité envers les membres de sa famille (normes).

Ensuite, les valeurs s'organisent en **système** : elles sont liées les unes aux autres, sont interdépendantes et s'agencent de manière hiérarchique. En effet, certaines valeurs prennent une importance supérieure à d'autres. Rezsóhazy indique au sujet du débat sur l'interruption de grossesse que « tous les participants peuvent hautement estimer la valeur de la vie, mais certains vont insister davantage sur la sauvegarde de l'enfant conçu, tandis que d'autres vont donner la priorité à la décision de la femme enceinte » (2006, pp. 6-7). Dans le deuxième cas, la valeur liée à l'auto-détermination sera probablement placée plus haut comparativement à celle liée à la valeur accordée à la préservation de la vie humaine. Ainsi, en plus d'avoir une composante cognitive et comportementale, les valeurs comportent aussi une dimension affective importante. Elles suscitent en effet des émotions plus ou moins intenses. En ce qui concerne le système de valeurs de l'individu, on distingue les valeurs structurantes des valeurs périphériques. Les **valeurs structurantes** sont essentielles (p. 8) :

« Elles ordonnent l'ensemble, commandent sa hiérarchie, fournissent l'explication ultime des choix cruciaux. C'est à partir d'elles que l'acteur [c'est-à-dire l'individu] donne une orientation à sa vie. Pour certains, la valeur structurante est la famille, pour d'autres l'amour ou la réussite professionnelle, la religion ou l'argent, le football ou n'importe quelle combinaison de deux ou trois valeurs prédominantes. »

Viennent ensuite les **valeurs périphériques** qui « entourent ce noyau dur, en importance décroissante. Elles sont davantage exposées au changement que les valeurs structurantes qui tendent à persister » (p. 9). Au sujet du changement en effet, les valeurs ne sont pas des éléments figés et déterminés une fois pour toute dans la vie de l'individu ou d'un groupe. Elles se **construisent** en fonction de diverses situations, comme les expériences et les parcours de vie, les personnes rencontrées, les événements bouleversants de l'histoire (par exemple les périodes de guerre ou de maladies faisant surgir d'importants élans de solidarité), etc. Elles peuvent monter ou descendre au sein de la hiérarchie ou encore entrer ou sortir du système de valeurs (par exemple abandonner ou découvrir la foi chrétienne, musulmane, ...). Les valeurs sont ainsi façonnées et transmises dès le plus jeune âge, que ce soit par le milieu familial, l'école, le groupe de pairs ou encore par les médias, les groupes politiques, etc.

Finalement, les valeurs peuvent être **explicites**, c'est-à-dire clairement énoncées par les individus²³ ou par les groupes²⁴. Toutefois, chaque individu n'est pas forcément conscient des valeurs qui l'animent. On dit dans ce cas qu'elles sont **implicites** : elles sont mises en lumière au travers de signes extérieurs comme des comportements et des actions²⁵.

3. Ressources proposées

Voici une liste de ressources en termes d'information, de conseils et de prévention aux femmes, couples et familles. Certaines de ces ressources ont d'ailleurs été mentionnées dans le cadre des entretiens avec les ES :

- ♦ Écoute confidentielle, conseils et renseignements pratiques pour les femmes enceintes (grossesses, interruptions de grossesse, femmes enceintes en détresse) :
 - Aide suisse pour la mère et l'enfant (ASME) : <https://asme.ch>

²³ On le constate par exemple dans une phrase telle que « j'accorde une grande importance à la fidélité dans le couple ». Elle exprime une valeur de fidélité.

²⁴ Par exemple dans les chartes des institutions où les valeurs sont exposées de manière claire sous l'item *valeurs*.

²⁵ Par exemple le fait de verser de l'argent quotidiennement à des associations peut être un signe de valeurs fortes comme le soutien et la solidarité.

- S2V aide confidentielle²⁶ : <https://www.s2v.info>
- ♦ Éducation affective, relationnelle et sexuelle des jeunes :
 - AVIFA (amour, vie, famille) : <https://avifa.ch>
 - SIPE (sexualité, information, prévention, éducation) <https://www.sipe-vs.ch>
 - Centre de planning familial : <https://www.profa.ch>
- ♦ Éducation affective, relationnelle et sexuelle des adolescents, livres, conférences, ... :
 - Thérèse Argot, thérapeute de couple et sexologue : <https://theresehargot.com>
- ♦ Livres pour s'instruire sur la grossesse, avec photos des différents stades de grossesse :
 - *Naître* de Lennart Nilsson, 2018, éditions Marabout.

Ci-dessous figure une seconde liste de ressources dont les ES ont fait mention lors des entretiens, concernant l'accompagnement des jeunes mamans :

- ♦ Association JeunesParents, créée en 2003 : <https://www.jeunesparents.ch>
- ♦ SOS futures maman, fondé en 1974 : <https://www.sosfuturesmamans.org>
- ♦ CMS - SMZ Valais Wallis, consultations parents-enfants : <https://www.cms-smz.ch/aide-soin-domicile/consultations-parents-enfants.html>
- ♦ Cartons du cœur, créés en 1993 : <https://www.cartonsducoeur.ch>

²⁶ S2V s'adresse en particulier à des hommes et des femmes concernées par une grossesse non programmée et/ou non désirée, ainsi qu'à des femmes ayant vécu une interruption de grossesse (IMG, IVG ou fausse couche). Elle propose des informations diverses, des renseignements pratiques, une écoute confidentielle, des lieux d'accueil, etc.

Annexe III : Contacts aux institutions

1. Exemple de mail d'accord de principe d'intérêt

Objet : Demande à réaliser des entretiens dans le cadre d'un travail de Bachelor

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante de 3^{ème} année en travail social à la HES-SO Valais, je me permets de vous contacter car je souhaiterais réaliser dans le cadre de mes études des entretiens avec des éducateurs et éducatrices sociales travaillant en institutions spécialisées.

Ma recherche consiste à m'interroger sur le vécu des jeunes filles vivant en institution et susceptibles d'avoir vécu une grossesse à terme ou une interruption de grossesse. Pour cela, je souhaite particulièrement axer mon travail sur l'accompagnement des professionnels en travail social lors de cette étape de vie particulière et souvent taboue.

En effet, ce thème me tient particulièrement à cœur car je me demande en tant que future professionnelle comment réagir dans ce type de situation et comment les travailleurs et travailleuses sociales adaptent leur accompagnement et leur posture, et ceci tout en travaillant avec leurs propres valeurs et croyances.

Ainsi, ce mail se veut être un accord de principe d'intérêt au sujet de ma demande d'entretien. Dans le cas où vous seriez favorable à ma demande, je me permettrai de vous recontacter d'ici la fin du mois de septembre afin de préciser les modalités de cette collaboration.

Dans l'espoir d'avoir retenu votre attention, je vous adresse, Madame, Monsieur, mes salutations les meilleures.

Mélissa Anex

2. Information destinée aux personnes participant à l'étude

Travail de Bachelor sur l'accompagnement en institution spécialisée ou TSHM des éducateurs et des éducatrices sociales auprès des jeunes filles enceintes

Mené par :

Mélissa Anex dit Chenaud
Étudiante Bachelor en Travail social
HES-SO Valais-Wallis

Sous la direction de :

Marie Cécile Baumgartner
Directrice du Travail de Bachelor
HES-SO Valais-Wallis

Information destinée aux personnes participant à l'étude

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma formation en Travail social à la HES-SO Valais-Wallis, je suis actuellement en pleine élaboration de mon Travail de Bachelor dans lequel il m'est demandé d'effectuer des entretiens.

L'objet de ma recherche consiste à m'interroger sur l'accompagnement des jeunes filles enceintes susceptibles d'avoir mené une grossesse à terme ou une interruption de grossesse. J'ai choisi ce sujet car je me questionne en tant que future professionnelle comment réagir dans ce type de situation, et comment les éducateurs et les éducatrices sociales adaptent leur accompagnement et leur posture tout en travaillant avec leurs valeurs.

De cette façon, le type de questions posées pendant l'entretien porteront principalement autour des rôles et fonctions de l'éducateur et de l'éducatrice sociale, de ses valeurs et de son accompagnement auprès des jeunes filles enceintes.

Au sujet de l'entretien, celui-ci durera environ une heure. Il sera enregistré dans le but de pouvoir retranscrire fidèlement vos propos sans les déformer et également me permettre d'être pleinement présente avec vous pendant ce moment de discussion. Je garantis à ce sujet l'anonymat : votre prénom, votre nom ni aucune autre information personnelle pouvant vous identifier ne seront mentionnés dans mon travail. De plus, les données enregistrées lors de l'entretien seront détruites dès la fin de ma recherche. Pour cela, un formulaire de consentement libre et éclairé sera signé le jour de l'entretien afin de garantir la confidentialité.

Au vu de la situation sanitaire actuelle en lien avec l'épidémie de coronavirus, les mesures d'hygiène seront appliquées ainsi que le respect des distances physiques ou le port du masque. En fonction de l'évolution de la situation, il sera possible de réaliser l'entretien par visioconférence.

Je tiens à vous remercier d'ores et déjà pour l'attention portée à cette information, et vous adresse, Madame, Monsieur, mes salutations les meilleures.

Mélissa Anex dit Chenaud

Annexe IV : Formulaire de consentement libre et éclairé

Formulaire de consentement libre et éclairé

Nom du projet : Travail de Bachelor sur l'accompagnement des éducateurs et des éducatrices sociales auprès des jeunes filles enceintes en institutions spécialisées.

Mené par :

Mélissa Anex dit Chenaud
Étudiante Bachelor en Travail social
HES-SO Valais-Wallis

Sous la direction de :

Marie Cécile Baumgartner
Directrice du Travail de Bachelor
HES-SO Valais-Wallis

Information destinée aux personnes participant à l'étude

Dans le cadre de ma formation en Travail social à la HES-SO Valais-Wallis, je suis actuellement en pleine élaboration de mon Travail de Bachelor qui porte sur le thème de l'accompagnement des éducateurs et des éducatrices sociales auprès des jeunes filles enceintes en institutions spécialisées. Je souhaite par conséquent connaître votre expérience à ce sujet.

En ce qui concerne l'entretien, celui-ci est enregistré. Je garantis à ce sujet la confidentialité et votre anonymat lors de la retranscription. Je m'engage en effet à ne mentionner dans mon travail ni votre nom, prénom ni aucune autre information personnelle pouvant vous identifier. De plus, les données enregistrées seront détruites dès la fin de ma recherche, au plus tard en décembre 2021.

Engagement des participant·e·s

Sur la base des informations qui précèdent, je confirme mon accord pour participer à la recherche de ce Travail de Bachelor pour les points ci-dessous :

- J'accepte que l'entretien soit enregistré, puis retranscrit anonymement dans un document ;
- Je suis informé·e que l'enregistrement sera détruit une fois le travail terminé.

Nom, prénom : _____

Lieu et date : _____

Signature : _____

Engagement de l'étudiante

Je m'engage à respecter l'accord de confidentialité lors de l'utilisation des données récoltées et à détruire l'ensemble des documents une fois ma recherche achevée.

Nom, prénom : _____

Lieu et date : _____

Signature : _____

Annexe V : Grille d'entretien

Questions générales

Le ou la professionnel-le		
Questions	Relances	Hypo
Vous travaillez dans cette institution depuis longtemps ?	Quel poste ?	-
Pourriez-vous me raconter comment vous êtes devenu TS ?	Formation et parcours pro ? Âge	-
Rôles, fonctions, valeurs en général		
Est-ce que vous pouvez me décrire quelle est la mission de l'institution, avec quelle population vous travaillez ?	Âge, problématique ? Durée du placement ?	1.2.1
En quoi consiste concrètement votre travail ?	Aspects principaux ?	
Quelles sont les tâches que vous effectuez le plus souvent ?	Caractéristiques de l'accompagn, rôle en tant qu'ES ?	
Quel est le contenu de votre cahier des charges ?	-	
Quelles sont selon vous les principales valeurs en travail social ?	Les 5 valeurs essentielles à SA pratique professionnelle ?	
Sexualité à l'adolescence		
Comment est vécue la sexualité des jeunes dans le contexte de l'institution ?	Sexualité permise ? Sous quelle forme ? Éducation / cours ?	-
Selon vous, les adolescents sont-ils conscients des conséquences possibles à leur comportement sexuel ?	MST, grossesse ?	-
Grossesse		
Selon vous, comment la société perçoit-elle la grossesse à l'adolescence ?	Et l'institution ? Et les TS ?	1.2.2
Existe-t-il une situation idéale pour vivre une grossesse, si oui laquelle ?	Quelle tranche d'âge ? Quelle situation (économique, pro, relationnelle) ?	
Interruption de grossesse		
Selon vous, comment la société perçoit-elle l'IG à l'adolescence ? L'institution ? Le TS ?	Acte banalisé ? Conséquences phy ou psy ? Souffrance pour les femmes ?	1.2.2 & 2.3

Accompagnement grossesse ou interruption de grossesse

Questions	Relances	Hypo
L'une de vos jeunes est tombée enceinte. Dans quel contexte cela est-il arrivé ?	Situation perso de la jeune → (contexte affectif, institution)	-
Réflexion		
Pouvez-vous me raconter comment vous avez accompagné la jeune fille dans cette situation ?	Tâches concrètes ? Quoi mis en place pour aider la jeune fille à prendre sa décision pour poursuivre ou interrompre sa grossesse ?	1.1
Pensez-vous que la jeune fille a pris sa décision en toute conscience des conséquences ?	Autant grossesse ou IG	2.1 & 2.2
Comment faites-vous ou réagissez-vous si une jeune prend une décision que vous ne pensez pas être la meilleure ? <i>Par exemple : si la jeune fille décide de poursuivre sa grossesse et vous ne pensez pas que cela soit la bonne décision ? OU L'INVERSE : si la jeune fille interrompt sa grossesse et vous ne pensez pas que cela soit la bonne décision ?</i>		1.1
Vécu grossesse		
Poursuite grossesse → pouvez-vous me raconter ce qu'il s'est passé et comment la jeune fille a vécu cette situation ?	Aides mises en place pour jeune fille ?	-
Vécu interruption de grossesse		
Interruption de grossesse → pouvez-vous me raconter ce qu'il s'est passé et comment la jeune fille a vécu cette situation ?		2.3
Pouvez-vous me décrire votre accompagnement avant, pendant, après l'IG ?	Rôle en tant que TS dans la situation ? Tâches concrètes ? Dans cahier des charges ?	1.2
Comment avez-vous vécu cette situation ?	Quelles émotions ?	1.3
Si c'était à refaire, qu'est-ce que vous feriez différemment ou à l'identique ?		1.2

Questions finales générales

Selon vous, que peut-on faire pour prévenir une grossesse à l'adolescence ?		-
Selon vous, que peut-on faire pour prévenir l'interruption de grossesse chez les jeunes ?	Chez les jeunes en général ? Dans l'institution ?	-
Quels conseils donneriez-vous à de jeunes TS dans ce type d'accompagnement ?		-

Annexe VI : Exemple de grille d'analyse vierge

Hypothèse A : La grossesse ou l'interruption de grossesse peut être plus ou moins aisée à vivre selon le contexte de vie de la jeune fille.

- Présenter les témoignages qui me sont racontés
- Faire ressortir différents points :
 - Solitude des filles dans le processus ;
 - Contexte qui influe sur la décision de poursuivre ou interrompre (soutien, ...) ;
 - Influence de la société et le regard de celle-ci sur les jeunes filles enceintes ;
 - Institutions pas adaptées à prendre en charge les filles enceintes.

Sous-thèmes	Entretien 1		Entretien 2		Notes, théories
	Mots-clés	Citations	Mots-clés	Citations	
Avortement	Fille 1 – IG		Fille 1 – IG		
	Fille 2 – IG		Fille 2 – IG		
Grossesse terme	Fille 3 – terme		Fille 3 – terme		
...	...				

Hypothèse B : L'éducateur ou l'éducatrice sociale intervient dans la réflexion et dans le choix de la jeune fille de poursuivre ou d'interrompre sa grossesse.

Plutôt orienter sur le savoir-faire et les éléments concrets.

- Parler de la prévention faite en amont, de la sexualité ;
- Aborder les tâches concrètes effectuées par l'ES (entretien avec la jeune, prise de rdv à l'hôpital, accompagnement, etc.) ;
- ...

Sous-thèmes	Entretien 1		Entretien 2		Notes, théories
	Mots-clés	Citations	Mots-clés	Citations	
Rôles ES					
Sexualité	Éducatif				
Grossesse	Cadre institutionnel		Nombre grossesses		
Interruption					
...	...				

Hypothèse C : L'accompagnement de l'éducateur ou de l'éducatrice sociale varie en fonction de ses valeurs.

Plutôt orienter sur le savoir-être et le vécu de l'ES.

- Parler des valeurs ;
- Aborder les limites de l'ES dans ce type d'accompagnement ;
- Partager comment l'ES vit le processus avant, pendant, après (grossesse et IG).

Sous-thèmes	Entretien 1		Entretien 2		Notes, théories
	Mots-clés	Citations	Mots-clés	Citations	
Valeurs					
Expérience pro ES					
...	...				

HORS CASE :

- Que peut-on faire pour prévenir grossesse ou IG à adolescence ?
- Quels conseils donner à de jeunes TS dans ce type d'accompagnement ?

Sous-thèmes	Entretien 1		Entretien 2		Notes, théories
	Mots-clés	Citations	Mots-clés	Citations	
Prévention					
Conseils jeunes TS					
...	...				

Ressources externes ES 1 : ...

Ressources externes ES 2 : ...