

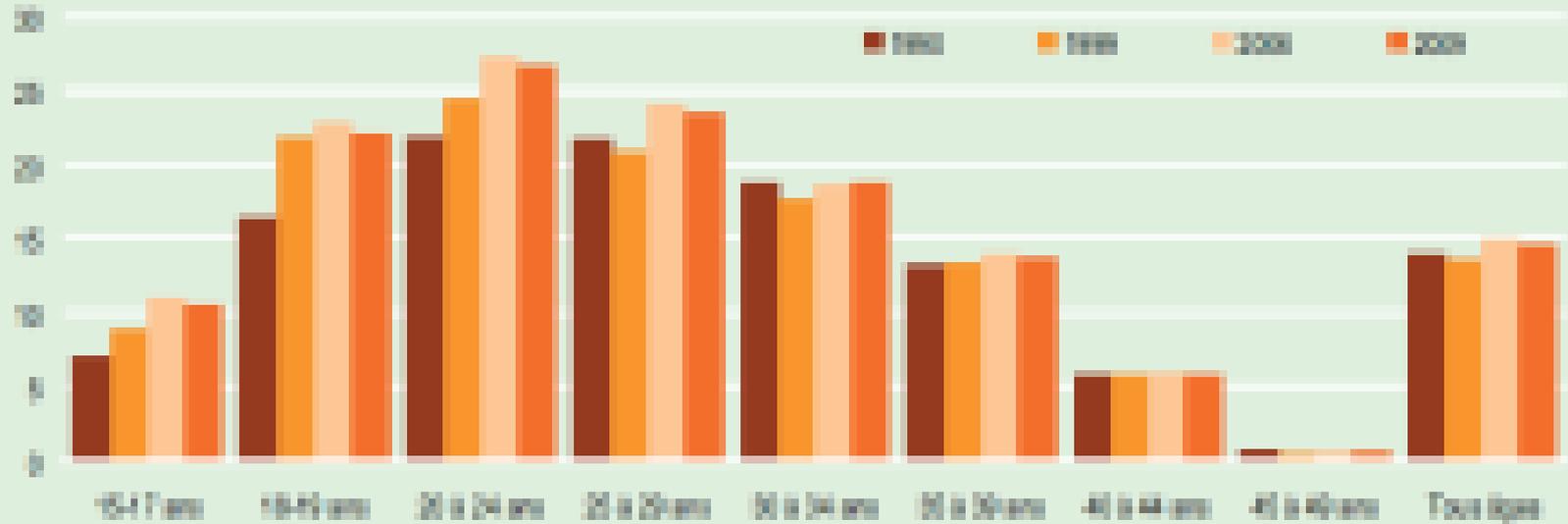
La grossesse de l'adolescente

Israël Nisand
Unistra

En toile de fond, l'IVG

Evolution des taux de recours selon l'âge

Nombre d'IVG pour 1 000 femmes

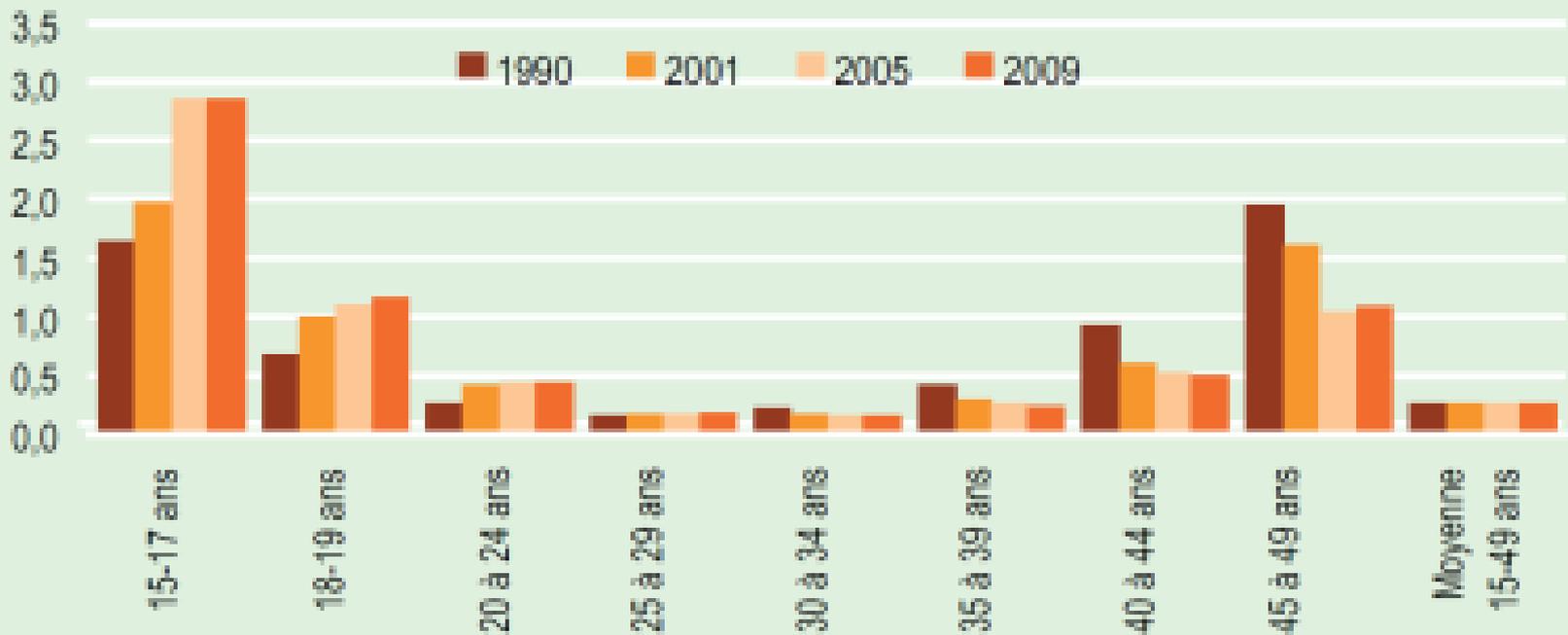


Campagne • France métropolitaine et DOM.

Source • CERSIS (PAC), CERSIS-TO (Normandie).

Les Mineures la connaissent et s'en servent

GRAPHIQUE 2 • **IVG par naissance de 1990 à 2009**



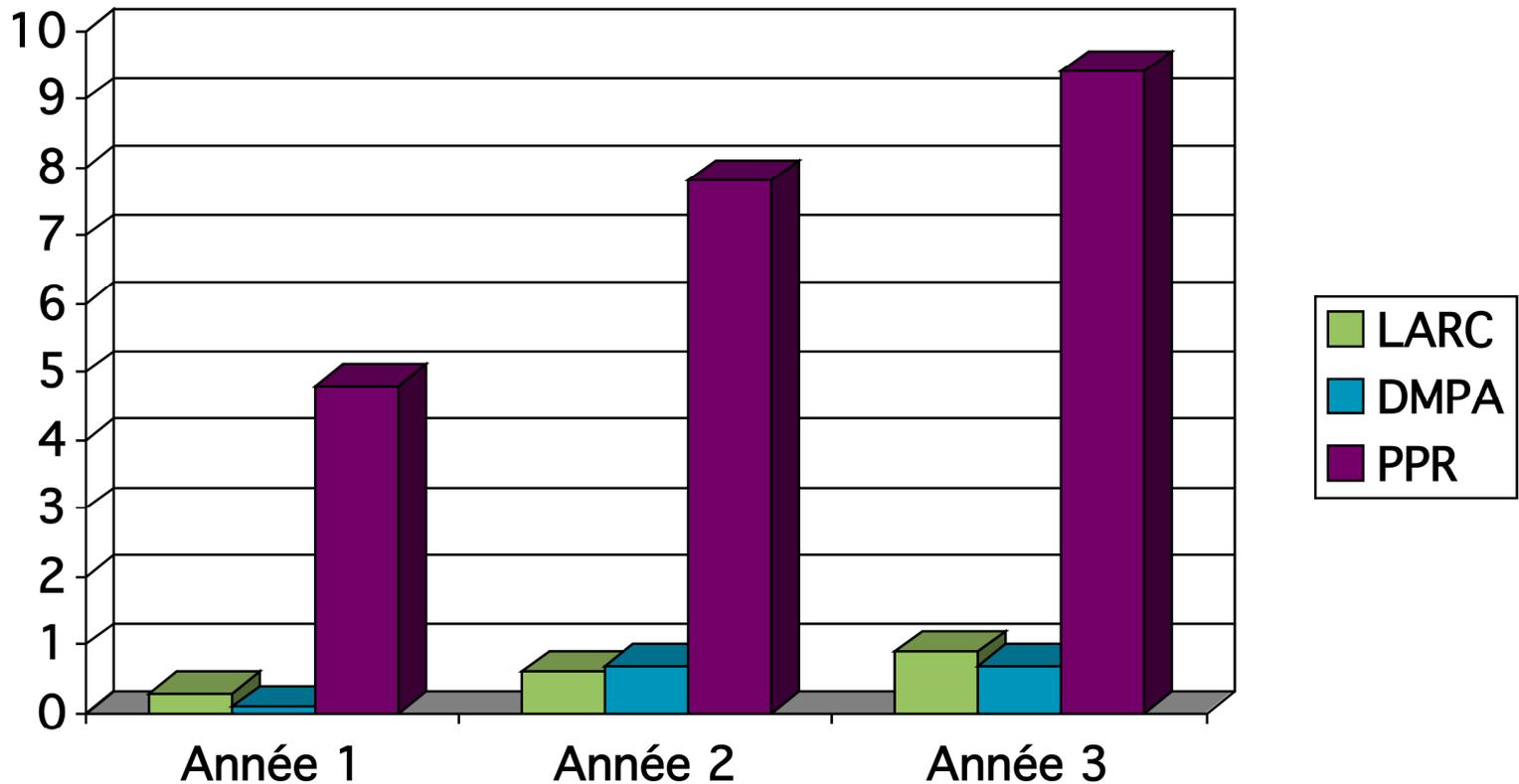
Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES (SAE, PSMI), INSEE.

Autant de grossesses: pourquoi ?

- **Le préservatif, conséquence des IST, n' est utilisé que de façon transitoire et considéré suffisant**
- **Il a repoussé le recours à la CO décrédibilisée par les médias (« c' est mauvais pour la santé »)**
- **Les structures ressources sont ignorées**
- **Le secret médical, « même pas en rêve »**
- **Coût des honoraires et des produits prohibitif**
- **Absence de confidentialité si SS des parents**
- **Peur de la 1^{ère} consultation gynécologique**

% d'échec fonction de la méthode de contraception



% d'échec fonction de la méthode de contraception

Méthode	Gr. Non prévues / 100 femmes - an	RR (95% CI)
LARC	0.27	1.00
PPR	4.55	21.84
Age		
< 21 ans		1.83 (1.25 – 2.69)
> 21 ans		1.00

Ce que pensent les ados

- ✓ La 1^{ère} fois on ne risque rien
- ✓ S' il se retire à temps pas de problème
- ✓ Avec le préservatif pas de soucis
- ✓ Pendant les règles on ne risque rien
- ✓ La pilule donne le K, fait grossir et rend stérile
- ✓ C' est ringard, « genre la mère »
- ✓ Pas possible si on fume
- ✓ Pas de soucis tant qu' on est pas pénétrée
- ✓ De toutes façons, l' IVG est gratuite & anonyme
- ✓ Et souvent, ils ne pensent à rien du tout

Age moyen au 1er rapport sexuel en 2000 et 2005

<u>En 2000:</u>	17.2	
<i>Garçons</i>	16.8	
<i>Filles</i>	17.6	
<u>En 2005:</u>	16.4	21% des garçons 10% des filles ont leur PRS avant 15 ans
<i>Garçons</i>	16.2	
<i>Filles</i>	16.6	

Source : INPES - Baromètre santé 2005

La maternité précoce

- **Inscrite dans l'histoire des femmes**
- **Résultat de la prise de risques des ados**
- **Angoisse existentielle**
- **Réponse inadaptée à une situation précaire**
- **Histoire familiale qui se rejoue**
- **Cycle de la pauvreté**
- **Problématique psychologique et sociale**

Patrick Alvin (2006)

Quand survient une grossesse chez une jeune adolescente, l'entourage familial, scolaire et institutionnel reçoit simultanément trois mauvaises nouvelles:

- 1. « elle a une vie sexuelle »***
- 2. « elle est enceinte »***
- 3. « et si jamais elle l'avait cherché ? »***

Patrick Alvin (2006)

Aujourd'hui, l'adolescente enceinte est d'abord jugée coupable de n'avoir pas su gérer son « devoir contraceptif ».

Elle reste ensuite peu ou prou moralement fautive d'avoir fait une bêtise, c'est-à-dire de s'être exposée, de n'avoir pas su résister à la pression ou à l'envie d'aller jusqu'au bout.

« conditionnées à l'interdit de grossesse, tant qu'on n'a pas fini les études, qu'on n'a pas de travail, qu'on n'est pas encore adulte, qu'on est pas encore mariée, etc ».

Sexualité et Adolescence

- **Le corps change par devers soi**
 - **On ne choisi pas son corps (passivité)**
- **Le désir sexuel renvoie à l' incomplétude**
- **Sexualité confronte à la dépendance affective et à la séparation**
- **Rejet des adultes et enfermement sur soi**
- **Crainte d' être débordé par le sexuel**

Contexte

- Plus c' est tôt plus il y a d'IVG
- Plus c'est tôt plus il faut penser à l'inceste
- Stabilité des chiffres chez les < 18 ans
- Risque élevé de découverte tardive (gommage)
 - Méconnaissance de soi
 - Dénier de grossesse
 - Peur d' en parler
 - Peur d' être contrainte
- Risque d'isolement dommageable
- Prise en charge globale en équipe

Problème de santé publique

- **Risque obstétrical peu accru (sauf avant 15 ans)**
- **Mauvais pronostic socio-économique**
- **Complications pédiatriques**
- **Adolescence avortée**

**Une nouvelle littérature émerge
soulignant la variabilité des situations
et l'importance de l'accompagnement**

Quelques chiffres en France

- **6 356 naissances / mères < 18 ans en 97**
contre 10 614 en 1980 (Données INED)
- **Dont 954 naissances chez des < 16 ans**
- **Soit 24 grossesses pour 1000 femmes**
- **Dont un tiers sont menées à terme**
- **Taux d'IVG :**
86% à 12 ans
50% à 17 ans

Taux de grossesse, de natalité et d' avortement chez les adolescentes dans différents pays développés

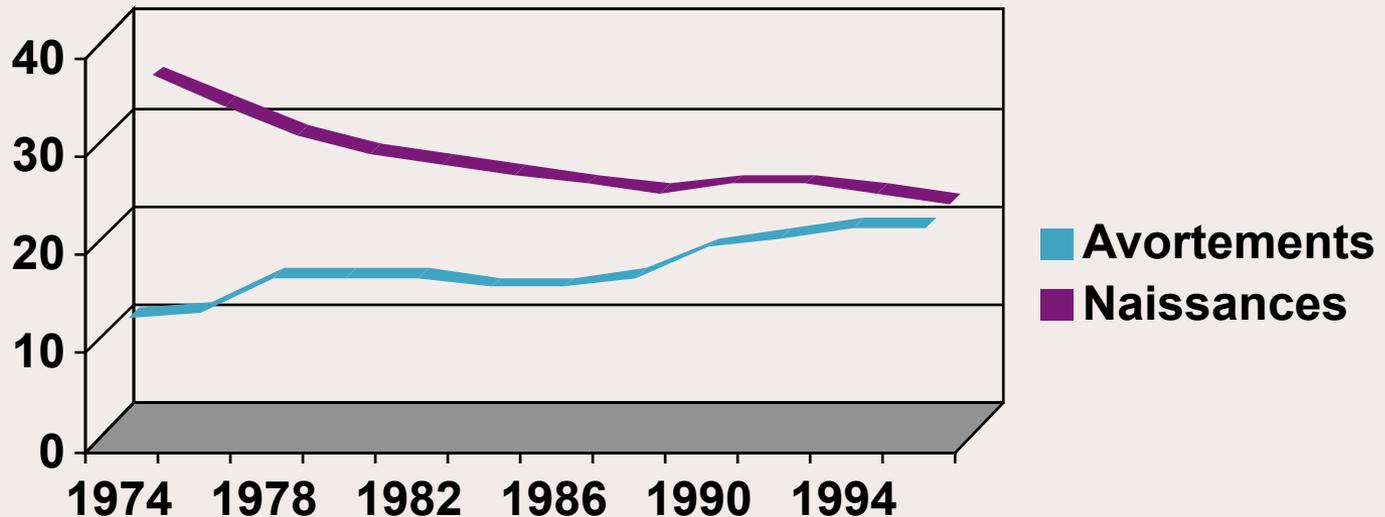
(pour 1000 adolescentes entre 15 et 17 ans)

Pays	Grossesses	Naissances	IVG	Ratio d' IVG
USA	52,8	33,8	19	36
GB	28,6	14,8	13,8	48,3
Canada	27,4	13,6	13,8	50,4
Suède	16,4	2,7	13,7	83,5
France	10,3	3,5	6,8	66

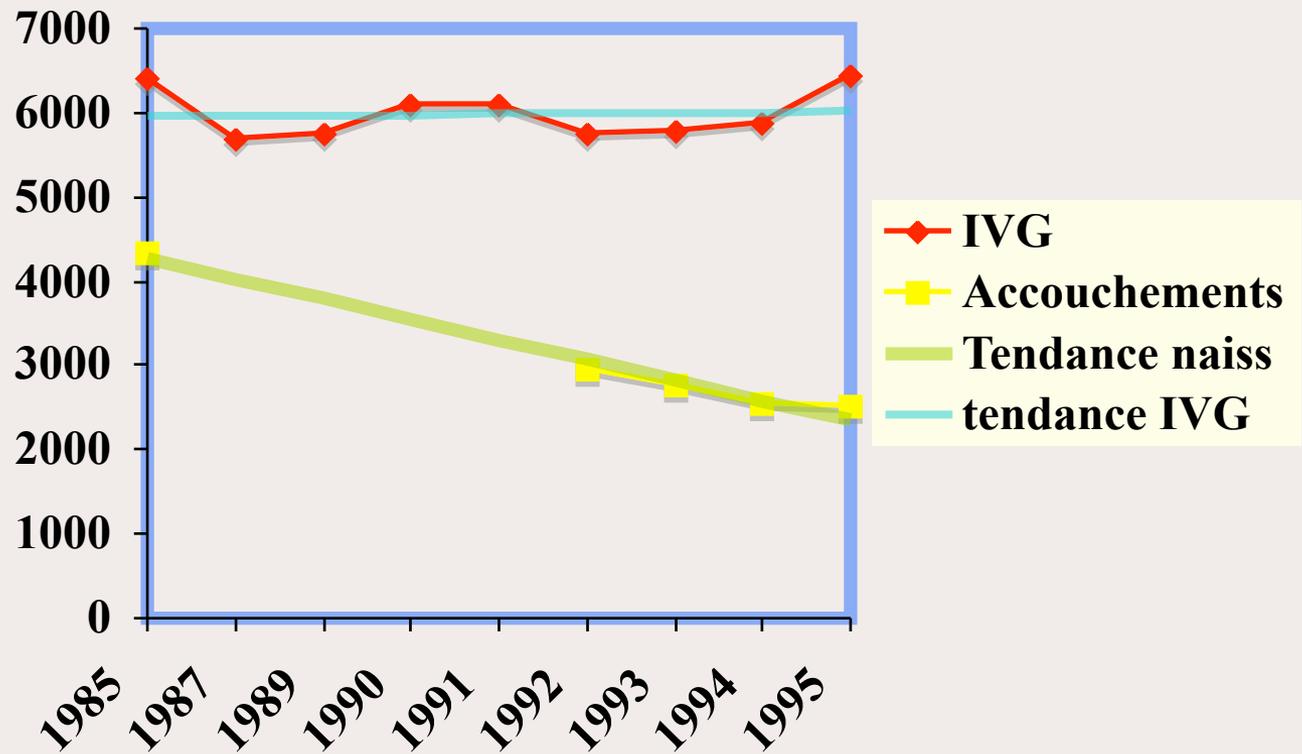
(Darroch, 2001) (chiffres 1995-1996)

Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant

Issue de grossesses
Entre 15 et 19 ans

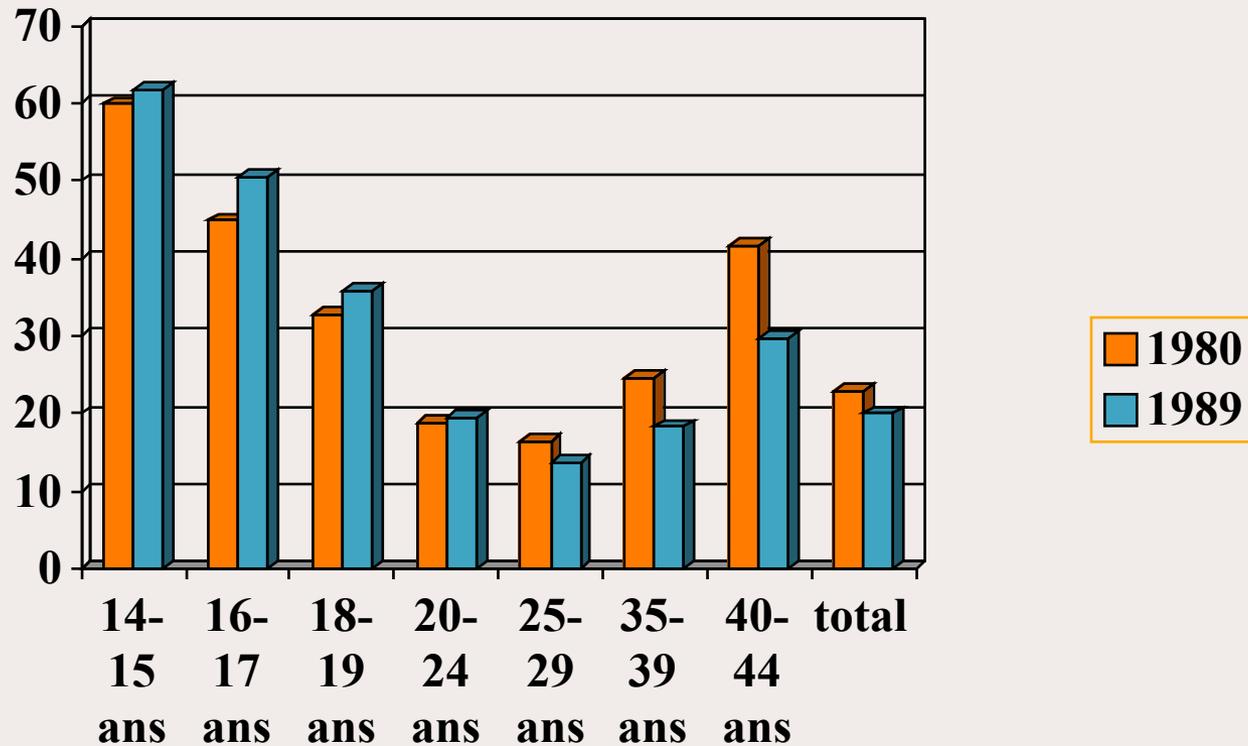


Nombre d'IVG et d'accouchements chez les mineures en France



Chez les mineures, plus de 2 grossesses sur 3 se terminent par une IVG

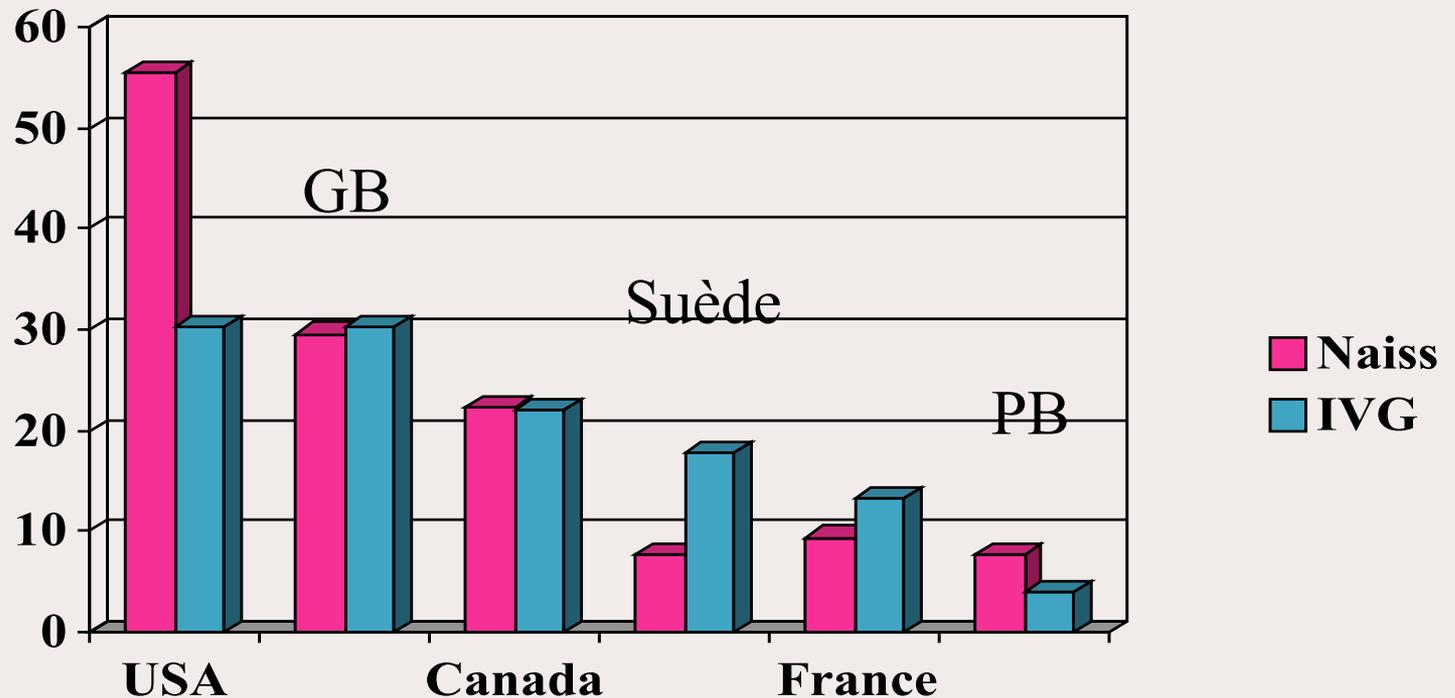
Taux d'IVG pour 100 conceptions



Le taux d'IVG a augmenté chez les femmes les plus jeunes

Taux de natalité et d'avortement chez les adolescentes

(pour 1000 adolescentes entre 15 et 19 ans)



(UNICEF, 2001) (chiffres 1996)

Issues de grossesses

pour 1000 femmes de 15 à 19 ans

	USA	Canada 1987	Québec 1994	France	Pays bas
Age au 1e rapport	15,8	--	15,5	16,8	17,7
Naissance	52,3	20,0	15,5	9,1	6,9
IVG	17,0	21,5	19,9	7,9	5,2

Le suivi de la grossesse

- 15% consultent au 1er trimestre
- 36% « au 2ème trimestre
- 38% « au 3ème trimestre
- 10% n'ont pas de suivi de grossesse

Accouchement < 37 SA = 8,8% vs 6,4%

RCIU < 10e P = 17,6% vs 9%

(Identique si ajustement sur tabagisme, etc)

Malformations fœtales = 3,2% vs 2,8%

L' accouchement

Anémie à l' accouchement = 30%

Taux de césarienne = 9% vs 18%

Accouchement inopiné à domicile = 3%

Transferts en néonatalogie = 10%

Grossesses après violences sexuelles = 1%

Enfants abandonnés ou sous X = 2,7%

Ce qui n' est pas modifiable

- **L' âge**
- **La précarité**
- **Le faible niveau socio-éducatif**
- **Le soutien familial ou social défaillant**
- **Les rapports précoces**
- **L'insouciance**
- **L'autoagression**

Ce qui est modifiable

- **La clandestinité**
- **L'insuffisance de suivi prénatal**
- **Les carences nutritionnelles**
- **Les habitudes de vie inadaptées (addictions)**
- **Le stress et le risque d'activité inappropriée**
- **Les Infections Sexuellement Transmises**
- **La maîtrise de la contraception et de la sexualité**

Anamnèse

- **Vérifier si elle connaît les choix possibles**
- **Intentionnalité de la grossesse**
- **Enjeux familial, culturel, communautaire**
- **Rôle du partenaire dans la décision**
- **Réseau de soutien: réactions de l'entourage**
- **Problèmes de santé sous-jacent**
- **Addictions**
- **Habitat, école et projet de vie**

Trois contextes différents

- **Besoin de vérifier l'intégrité corporelle et des organes de reproduction, prouver sa féminité (désir de g \neq désir d'enfant)**
- **Recherche de comblement des carences de l'enfance et des expériences hostiles**
- **Prise de risque et cri d'alarme: mettre le corps en danger à rapprocher des TDS, MST, anorexie-boulimie**

Contexte

A la relation sexuelle non protégée viennent s'ajouter une série de causes qui s'imbriquent les unes dans les autres.

Des facteurs à la fois psychologiques, cognitifs, sociaux, culturels, économiques vont venir déterminer les comportements contraceptifs des adolescentes.

De même, une série de facteurs vont venir influencer le choix de l'adolescente de garder ou non son enfant.

Facteurs de risques

- **Moindre acceptation de la sexualité**
- **Manque d'affirmation de soi**
- **Goût du risque, insouciance, immaturité**
- **Inexpérience et appréhension de la sexualité**
- **Incapacité d'anticiper les relations sexuelles**
- **Absence de motivation pour des relations sporadiques**
- **Recherche d'un statut social et d'une valorisation**
- **Fatalisme: si ça arrive, c'est que ça devait arriver**

Stratégie d'adaptation

projet d'échapper à une scolarité peu valorisante, à un milieu familial perturbé ;

projet d'avoir une fonction sociale, de réussir, de se valoriser, de bénéficier d'un soutien familial et social accru et de prestations d'aide sociale ;

seul projet viable, finalement pour échapper au chômage, à l'échec, à la pauvreté.

Pour les adolescentes des classes ouvrières, la maternité précoce représente alors une option de vie rationnelle et constructive, véritable vocation alternative

Désir d'enfant

Chez des jeunes femmes étrangères chez qui le mariage précoce est culturel.

Ce désir naît en général au sein d'un très jeune couple, éventuellement marié.

La grossesse est intégrée dans un schéma précis, il s'agit d'un projet de grossesse conçu autour d'un désir d'enfant identique à celui que l'on va retrouver plus tard chez les couples plus âgés

Facteurs cognitifs

- **La pensée magique: ça ne peut pas m' arriver**
- **Manque de connaissances et fausses croyances**
- **Pensée écologique**
- **Représentations de l' amour (romantique)**
- **Persistance du modèle féminin (faire plaisir à l' autre)**
- **La valorisation de la grossesse précoce dans certaines cultures**
- **Représentations sur la contraception**
- **Grossesse = rituel de passage vers l' adulte**

Facteurs liés à l'entourage des ados

- **Faible soutien familial**
- **Antécédent maternel de grossesse précoce**
- **Présence et disponibilité d'un interlocuteur privilégié sur la sexualité**
- **Attitude de la famille sur les questions de sexualité**
- **Quartier, parent seul, fratrie sexuellement active, abus sexuels**

Facteurs liés au partenaire

- **Période de transition avant relation stable**
- **Implication du partenaire dans la contraception**
- **Un partenaire plus âgé peut être incitatif à la grossesse**
- **Insouciance du partenaire**
- **Stratégie d'accaparement**

Facteurs environnementaux

- **Accessibilité et disponibilité de la contraception**
- **Prix trop élevés**
- **Information sexuelle à l' école de qualité**
(pas uniquement technique)
- **Campagnes d' information médiatique**
- **Impact des média et des films porno**
- **Acceptation sociale de la sexualité des ados**
- **La sexualité des ados doit être abordée comme un sujet de santé publique et non comme un problème moral**

Le pronostic

- **Discours officiel dans la littérature:**
La maternité précoce aurait surtout des conséquences sanitaires et psychologique négatives
- **Toujours vrai en cas d'isolement social et familial**
- **Parfois faux quand accès à des modèles de réussite, soutien des parents et programmes scolaires sur mesure avec conservation des aspirations professionnelles**

Conséquences négatives

Hillis 2004, Miller 2000

- Suivi plus tardif de la grossesse
- Abandon scolaire et monoparentalité
- Plus de RCIU, de prématurés et de MFIU
- Moins bon développement cognitif des enfants
- Plus de délinquance, d'abus, de négligence, d'abandon et de pb comportementaux pendant l'enfance
- Les filles ont 83% de risque en plus d'être mères avant 18 ans

Attribuables surtout au statut socio-économique plutôt qu'à l'âge de la mère

Autres conséquences négatives

- **Risque accru de pauvreté et de dépendance par rapport aux prestations sociales**
- **Interruption abrupte de l'adolescence**
- **Sentiment de rejet par la famille et les amis**
- **Risque accru de dépression**
- **Connaissances insuffisantes des pratiques parentales**

Conséquences positives

- **Abandon d' une toxicomanie jugée nocive pour l' enfant à venir et moins d' opportunité de consommer de l' alcool**
- **Augmentation de l' estime de soi par la reconnaissance sociale**
- **Beaucoup d' énergie et belle vivacité**
- **Favorise la capacité d' adaptation**
- **Peut redonner un sens à la vie**
- **Proximité physique et de langage avec l' enfant**

Savoir Orienter

- **Vers la structure la plus adaptée au suivi**
- **Encourager à poursuivre ses études pour réduire le risque d'isolement social et de dépression**
- **Favoriser la présence du compagnon**
- **Contraception: 35% des ado ont une 2e grossesse dans les 2 ans qui suivent**
- **Respecter le droit à la vie privée et à la confidentialité**
- **Faire alliance et apprivoiser**
 - **Créer un climat de confiance et de complicité**

La mère et l'école

- **Le niveau scolaire conditionne le pc**
 - Bon niveau antérieur à la grossesse
- **Essayer de reprendre un projet scolaire**
- **Souvent l'école est déjà désinvestie**
 - Lieu d'échec
 - Non étranger à la survenue de la grossesse
- **Élément essentiel aux futurs liens social et familial**
- **Programme social d'accompagnement**
- **Construire un projet professionnel adapté**

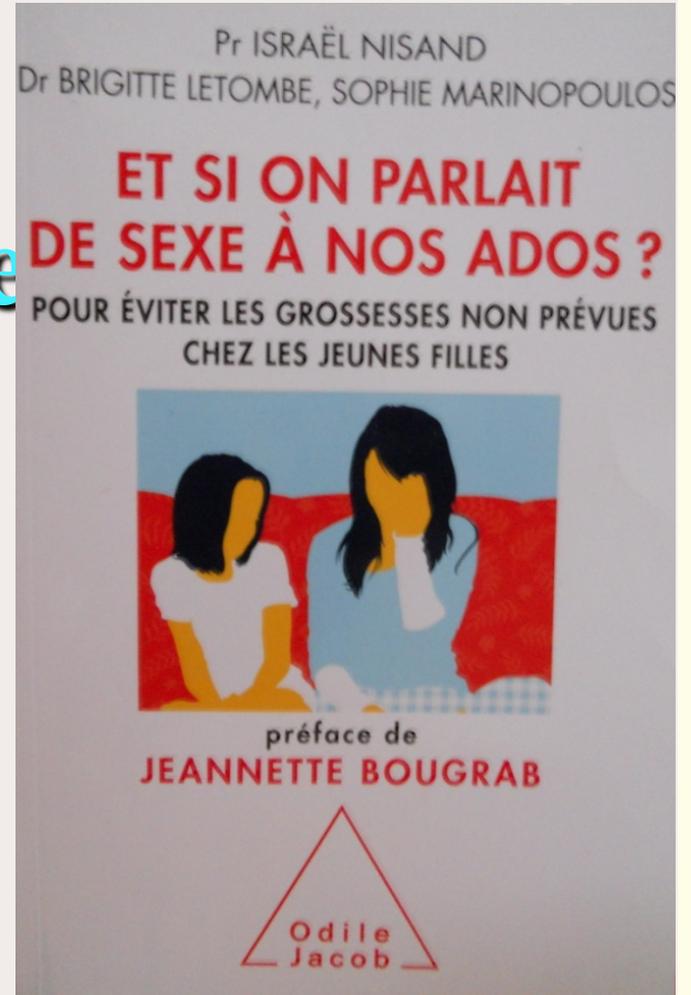
Lorsque l'enfant paraît ...

- **Bien entourée la jeune mère peut développer une attitude parentale correcte**
- **Mais l'investissement peut être instable**
- **Bonne capacité de jeu mais plus grande rigidité avec l'enfant (poupée)**
- **Enfant confident, consolateur mais également souffre douleur (prévenir la maltraitance dès la grossesse)**
- **Il faut aider la jeune mère à assumer son rôle**
- **Aider à poursuivre le double itinéraire:**
 - **Celui inachevé de l'adolescence**
 - **Le processus de parentalité**

Ce que nous devrions promouvoir

- **Le double Dutch**
- **Info à l'école depuis l'âge de 4 ans**
- **Les CLD**
- **Une formation correcte des médecins**
- **Qualifiante pour un C2, une fois**
- **Les réseaux locaux d'orthogénie**

**En clair,
un projet national
de santé publique
s'impose à la France
pour diminuer les
grossesses
non prévues des
adolescentes**



**Mais, pour l'instant,
c'est plutôt**

**Contraception en berne
& IVG gratuite pour tous**

**Le message
de nos autorités de santé
est illisible**