

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur B. Blanc*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
Médicale**

—

**Volume 2003  
publié le 27.11.2003**



*VINGT-SEPTIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2003*

# **Grossesse et accouchement des adolescentes**

N. SEINCE, I. PHARISIEN, M. UZAN\*  
(Bondy)

Ni enfants ni adultes, les adolescents constituent une classe d'âge à part entière, aux problèmes de santé et de comportement spécifiques, qui ont conduit à la création dans certains hôpitaux d'unités spécialisées d'adolescents. Les unités d'adolescents sont en fait des unités de prise en charge médico-psycho-sociales qui vont tenter de prendre en charge l'individu dans son entière complexité.

La rencontre de l'adolescent avec le monde médical reste cependant ambivalente, empreinte d'une avidité relationnelle mais également d'une peur de devenir dépendant. On reconnaît de mieux en mieux cette tranche d'âge, ce passage de l'enfance à l'âge adulte, avec ses pathologies propres qui justifient une prise en charge adaptée.

Si la maternité précoce est inscrite dans l'histoire des femmes depuis toujours, la survenue d'une grossesse fait souvent partie de ces accidents liés à des pratiques à risque. La grossesse peut correspondre à une angoisse existentielle, ou être une réponse inadaptée à une situation déjà précaire, parfois enfin elle va s'inscrire dans un continuum familial.

\* Service de Gynécologie Obstétrique – Hôpital Jean Verdier, Assistance Publique Hôpitaux de Paris – Avenue du 14 juillet – 93140 BONDY.

## SEXUALITÉ À L'ADOLESCENCE ET ÉDUCATION SEXUELLE

En France, l'âge moyen des premiers rapports sexuels, équivalent dans les deux sexes, se maintient depuis 1985 à 17 ans (1). En revanche, la distribution des âges au premier rapport montre une translation vers des âges plus jeunes : 21 % des garçons et 10 % des filles ont leurs premiers rapports à 15 ans ou moins (2). Plus les rapports sont précoces et plus ils sont subis plutôt que souhaités : cette particularité est retrouvée dans toutes les études.

En France, en 1994, la campagne nationale contre le Sida a fait des préservatifs la principale méthode de contraception au moment des premiers rapports.

Les rapports à l'adolescence ont pour caractéristique d'être sporadiques (5 à 15 par an) et non planifiés (63 % ont lieu pendant la période des vacances). De plus les unions sont de courte durée et n'excèdent que très rarement un mois : ceci explique en partie l'utilisation du préservatif en première intention (3).

L'utilisation de la pilule ne commence souvent que quelques mois plus tard car les adolescents associent le préservatif plutôt à la prévention du Sida et des maladies sexuellement transmises qu'à celle d'une grossesse non désirée. Toutefois avec la régularité des rapports, le recours à la pilule contraceptive augmente significativement au détriment de l'utilisation du préservatif. Ainsi le double message « pilule et préservatif » a-t-il du mal à entrer dans les mœurs, et reste encore souvent trop dissocié dans le temps.

Il demeure que 21 % des filles sexuellement actives n'utilisent aucun moyen de contraception (4) ; c'est un chiffre qu'il faut garder en mémoire lors de l'élaboration des messages à faire passer à l'usage des adolescents.

### **Fécondité à l'adolescence : la grossesse en chiffres**

L'étude démographique et épidémiologique quantifie les grossesses des adolescentes de la façon suivante :

#### ***1. Le taux de grossesses chez les adolescentes***

Il s'agit du nombre total de grossesses (les naissances, les interruptions volontaires et les fausses couches spontanées) pour les jeunes femmes de 10 à 18 ans, sur le nombre de femmes

## GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE

appartenant à ce groupe d'âge. Ce taux est exprimé pour 1000 personnes.

En France ce taux est estimé à 24 ‰. Un tiers seulement de ces grossesses seront menées à terme (5). Dans l'enquête menée dans notre département de Seine-Saint-Denis (à forte densité de population jeune et migrante), ce taux est de 50 ‰ (6).

Aux États-Unis le taux de grossesses chez adolescentes de 15 à 19 ans est estimé à 96 ‰ (5). Il était évalué à 177 ‰ dans les années 90, aux dépens essentiellement des populations noires et hispaniques. C'est le taux le plus élevé de tous les pays industrialisés. Globalement, 50 % des adolescentes mènent leur grossesse à terme, 35 % choisissent de l'interrompre et 15 % font des fausses couches ou des morts fœtales in utero (7).

### **2. Proportion des grossesses chez les adolescentes**

Elle se définit comme le nombre de naissances chez les adolescentes, sur le nombre total de naissances pour un pays donné.

En France, ce chiffre a beaucoup baissé entre 1976 et 1992 puisqu'il est passé de 3,6 % à 1 %. Depuis 10 ans il se maintient aux environs de 0,85 %. Dans notre étude en Seine-Saint-Denis il est en légère augmentation, puisqu'il est passé de 1,9 % (6) en 1998 à 2,3 % actuellement du fait d'un recrutement particulier.

En France, en 1997, on a enregistré 6 356 naissances chez des mères de 18 ans ou moins, dont 954 chez les mères de moins de 16 ans.

Aux États-Unis, on estime à 13 % le taux de grossesses à l'adolescence par rapport au nombre total des naissances, soit près de 500 000 naissances chez les mères entre 11 et 19 ans. En 1995 plus de 1 200 naissances provenaient de mères âgées de 11 à 15 ans (8).

## PROFILS PSYCHOLOGIQUES DES ADOLESCENTES ENCEINTES

La survenue d'une grossesse à l'adolescence n'est ni le résultat d'un accident ni celui du destin. En dehors des situations de viol ou de relations incestueuses, il est tout à fait exceptionnel que les adolescentes deviennent enceintes par ignorance, naïveté ou par inaptitude à utiliser une méthode contraceptive.

Souvent on peut y trouver une logique tout autre quand on laisse les adolescentes s'exprimer. L'abord de ces adolescentes doit être calme et non répressif. Il faut d'emblée faire « alliance » avec elles, en quelque sorte les apprivoiser, pour pouvoir créer un climat de confiance et de complicité indispensable pour gérer au mieux tous les problèmes qui peuvent surgir au cours de ces grossesses précoces. Dans certains cas, il peut être utile d'avoir une approche ethno-psychologique de ces grossesses : en effet dans les sociétés africaines et australiennes, sexualité et procréation sont fortement liées alors que dans les sociétés occidentales sexualité et procréation sont totalement indépendantes.

Nous avons pu identifier un certain nombre de comportements qui correspondent à des profils bien particuliers.

On peut distinguer les grossesses que l'on définit comme « *culturelles* ». Elles correspondent à une démarche de vérification de l'intégrité du corps et des organes sexuels. La grossesse va rassurer sur la capacité de procréer et permet une accession à la fonction maternelle. Dans bon nombre de sociétés coutumières (africaines, gitanes ou maghrébines), l'enfantement est valorisant. La grossesse constitue un rituel de passage entre l'enfance et le monde des adultes. Chez la jeune fille, c'est sa fonction reproductrice qui est au centre des rituels : la reconnaissance sociale des premières menstruations, le mariage et la défloration, par la suite la grossesse et l'accouchement sanctionnent définitivement le passage à l'âge adulte. Comme nous le verrons plus loin, ces grossesses programmées et attendues par un couple, une famille, un clan, suivent l'évolution habituelle des grossesses et se déroulent pour la grande majorité d'entre elles de façon très simple.

Toute autre est la grossesse et le désir d'enfant qui correspondent à la recherche d'un objet de comblement d'une carence de l'enfance. Cette grossesse permet d'obtenir un bébé et de devenir mère, c'est-à-dire accéder à l'état d'adulte ; il s'agit d'ailleurs en France d'un droit octroyé par le législateur. Accéder au statut de mère permet donc de s'identifier à sa mère et souvent de concrétiser un conflit latent. Toutes les enquêtes montrent qu'un grand nombre de jeunes mères mineures ont souffert dans leur enfance de conditions de vie difficiles et de mauvaises relations avec leurs parents. Cette grossesse concrétise dans cette « agression » du corps une double provocation : attaquer son enfance pour l'assassiner volontairement et attaquer sa mère pour la pousser du côté de la vieillesse. Ces grossesses sont qualifiées de grossesses « misérables », c'est l'enfant qui vient compenser les

angoisses dépressives et les sensations d'abandon. Les violences physiques, la carence et la négligence éducative pendant la petite enfance apparaissent fortement associées avec la parentalité précoce. Comme à l'origine de nombreux problèmes à l'adolescence, c'est à une mauvaise estime de soi qu'est liée la survenue des grossesses précoces. Parmi les facteurs de risque, de nombreuses études retrouvent les points suivants : la rupture scolaire, les conduites agressives et les consommations abusives (tabac, alcool, drogues). En revanche, les antécédents d'abus sexuels dans l'enfance n'apparaissent pas comme un facteur de risque à la parentalité précoce.

Enfin il existe un dernier profil d'adolescentes chez qui la grossesse semble être l'expression d'une conduite agressive directement dirigée contre son propre corps. C'est la grossesse « prise de risque » ou grossesse « *violente* ». C'est une conduite quasi ordalique dont l'objectif essentiel consiste à mettre son corps en danger. Si les garçons choisissent les conduites à risque social telles que les excès de vitesse ou la délinquance, les filles se tournent plus volontiers vers l'attaque directe de leur corps comme les tentatives de suicide, les troubles du comportement alimentaire.

La grossesse fait incontestablement partie de ces moyens d'attaque contre son propre corps : le lien fréquemment observé avec une tentative de suicide peu avant ou peu après la grossesse prend là un éclairage significatif.

En général, ces grossesses impulsives surviennent dans le cadre d'une sexualité non protégée et à risque et s'inscrivent comme des passages à l'acte. Alors que, chez la femme adulte, la grossesse est un désir qui s'accomplit, une satisfaction qui s'offre, un plaisir qui se partage, chez l'adolescente rien de tout cela : tout n'est qu'isolement, angoisse et colère.

### DEVENIR DE LA GROSSESSE EN FONCTION DE L'ÂGE DE L'ADOLESCENTE

Tous les chiffres le montrent depuis de nombreuses années : plus la grossesse survient tôt et plus elle a de risque de se terminer par une interruption volontaire de grossesse (IVG).

Le bulletin d'information de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) paru en 1997 rapporte les données com-

parées entre 1980 et 1989 (9) : chez les adolescentes, ces chiffres sont donnés en avortements pour 100 conceptions.

Entre 14 et 15 ans, sur 100 conceptions 59,9 % en 1980 versus 61,9 % en 1989 sont avortées : ce taux est stable.

Entre 16 et 17 ans, sur 100 conceptions 44,9 % en 1980 versus 50,4 % en 1989 sont avortées : ce taux est lui aussi relativement stable.

En Seine-Saint-Denis, le taux d'IVG chez les jeunes de moins de 20 ans a été évalué en 1996 à 53,1 % pour un chiffre national de 50,8 % (10).

Parallèlement, les chiffres sont stables en population générale : entre 14 et 44 ans 22,8 % en 1980 versus 20 % en 1989 des grossesses sont avortées.

Globalement, une grossesse sur quatre qui démarre aboutit en France à un avortement. Ces chiffres d'IVG sont relativement constants et font l'objet d'une déclaration obligatoire dans le cadre d'un recueil national de données.

Deux remarques peuvent être faites : plus l'âge est faible et plus la grossesse sera avortée et, par ailleurs, les taux d'avortements restent stables autour de 220 000 par an (en données officielles).

Ces constatations dénoncent l'échec des campagnes de contraception et de la mise sur le marché de la contraception d'urgence, aisément accessible puisque mise en vente libre dans les pharmacies.

## LES GROSSESSES PRÉCOCES ET LES VIOLENCES

Les violences au cours de la grossesse peuvent revêtir différentes formes : la société, les parents mais aussi le monde médical y contribuent.

Tout d'abord, on constate la violence des mots : le désir de grossesse étant refusé aux adolescentes, on définit souvent la grossesse comme un échec de contraception et la grossesse est le plus souvent réduite à un risque qu'il faut à tout prix éviter. Parfois enfin, la violence des mots fait que les termes comme « épidémie de grossesses » sont employés.

Ces grossesses sont également source de violences internes : cette grossesse dite accidentelle ou surprise, l'adolescente va la

subir de plein fouet. Elle se trouve confrontée à une sexualité qu'elle ne voulait pas vraiment envisager et à l'effondrement du sentiment de sa toute puissance infantile qui la rendait invulnérable.

C'est dans ces conditions que les dénis de grossesse s'observent comme refuge défensif d'un corps habité par une présence étrangère. C'est dans ces cas que les grossesses sont de découverte tardive et sources de conflits sévères.

Enfin cette grossesse confronte la jeune fille à son ambivalence, qui n'est pas la moindre des souffrances, accrue par la culpabilité d'avoir transgressé un interdit.

Certaines grossesses sont la conséquence de violences sexuelles, qu'il s'agisse de situations incestueuses dramatiques ou encore de situations de détresse en réponse à la réparation d'une histoire, parfois la guérison d'une dépression qui se donne une raison de vivre et de réparer son corps. Ces jeunes filles ont un immense besoin d'amour et de reconnaissance, qu'elles espèrent combler avec l'enfant.

Certaines interruptions de grossesse peuvent être de véritables équivalents suicidaires. Elles peuvent donner lieu, à la date présumée d'accouchement de la grossesse interrompue, à des tentatives de suicide commémoratives, venant signer la douleur, le deuil impossible, le manque difficile à combler.

La violence enfin peut être physique dans le milieu familial : coups et blessures, agressions verbales, insultes, éviction du domicile. Dans certaines familles, la jeune fille qui annoncera sa grossesse peut parfois mettre sa vie en danger, se voir dans l'obligation forcée d'avorter ou alors de mettre son futur nouveau-né en danger de mort.

Un des rôles du médecin est parfois de servir de médiateur pour l'adolescente comme pour ses parents. Il n'est pas rare que la violence des mères soit liée à un épisode douloureux de leur propre histoire qui est réactivé par la grossesse de leur fille.

Les violences peuvent se manifester dans le milieu institutionnel et plus précisément scolaire puisqu'il n'est pas rare de voir ces jeunes filles victimes de mesures vexatoires et reléguées au fond d'une classe où le sentiment d'isolement est encore plus marqué.

Pour finir, il faut enfin insister sur le risque de violences issues du corps médical puisque cette grossesse le confronte à ses propres échecs de prévention et peut aboutir à une interruption de grossesse réalisée dans un climat d'agressivité verbale où le consentement de la jeune patiente n'est pas forcément recherché.

Dans l'enquête menée en France par M. Choquet (11) chez des adolescentes âgées de 12 à 19 ans :

- 15 % ont subi des violences physiques ;
- 8 % ont été blessées physiquement ;
- 3,8 % ont subi des violences sexuelles ;
- 1 % ont été victimes de viol.

Dans notre étude en Seine-Saint-Denis, nous avons enregistré dans l'unité d'urgences médico-judiciaires entre 1990 et 1998 l'évolution des sévices et des violences sexuelles sur mineurs des deux sexes (12).

Cette augmentation peut être attribuée à une montée en puissance des violences dans les banlieues, mais peut-être également à un nombre accru de déclarations qui auparavant n'étaient pas faites (Tableau I).

*Tableau I*

*Sévices et violences sexuelles sur les mineurs  
(Service d'urgences médico-judiciaires en Seine-Saint-Denis.  
Professeur M. Garnier – Hôpital Jean Verdier)*

ANNÉES	90	91	92	93	94	95	96	97	98
Sévices sur mineurs	42	124	235	378	327	350	425	514	521 X 12
Viols sur mineurs		143	180	236	248	273	362	457	372 X 3

## GROSSESSES ET MALFORMATIONS CONGÉNITALES

Très peu d'études se sont donné pour but d'évaluer dans cette population le risque de malformations, alors qu'il s'agit bien d'une population à risque car exposée à des facteurs fortement suspectés de jouer un rôle, comme le déficit nutritionnel, le tabac, l'usage de toxiques dont les médicaments et les drogues illicites.

L'étude portant sur le registre des malformations congénitales de Californie (13) est très informatif. Couvrant un nombre très important de naissances (N = 1 028 255 de 1983 à 1988) et

## GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE

ne tenant compte que des naissances vivantes. Selon cette étude, les femmes de moins de 20 ans ont un risque global de malformations 11 fois plus élevé que celui observé parmi les femmes à risque le plus bas soit entre 25 et 30 ans. Les deux points extrêmes de la courbe se situent à 15 ans et moins et 45 ans et plus. La courbe obtenue montre une répartition en J pour l'ensemble des anomalies.

L'étude du registre des malformations de Paris (14) couvre l'ensemble des interruptions médicales de grossesses effectuées après diagnostic anténatal de 1981 à 1994 pour malformations dans tous les établissements parisiens. Le nombre de naissances issues de femmes de moins de 18 ans était de 1 650.

La fréquence des cas de malformations, anomalies chromosomiques incluses, est de 3,2 % alors qu'elle est de 2,8 % pour la classe d'âge de 20-24 ans et de 3 % pour les 25-29 ans.

Dans cette population de grossesses précoces en région parisienne, le plus frappant est le nombre plus élevé qu'attendu d'anencéphalies, de fentes palatines, de maladies polykystiques rénales, de laparoschisis et d'anomalies chromosomiques (trisomie 21 plus particulièrement). Ce risque accru d'anomalies chez l'adolescente doit inciter à une grande vigilance lors de l'échographie pour étude morphologique, car de plus en plus ces grossesses toucheront des adolescentes en marge des conditions socio-économiques usuelles (tabagisme, drogues illicites, alimentation déséquilibrée).

## GROSSESSES ET CONDUITES ADDICTIVES

Les comportements mettant la vie en jeu comme le fait de fumer, la consommation de drogues, la violence, les tentatives de suicide, sont utilisés par les adolescents pour faire face à leur sentiment de dépréciation, à l'ennui, à l'isolement, au manque d'objectifs et de perspectives futures.

Les données de l'enquête française publiée en 1994 par M. Choquet sur un groupe d'adolescents âgés de 11 à 19 ans retrouve les caractéristiques suivantes concernant les conduites addictives (11) :

Concernant le tabagisme : 14,5 % fument quotidiennement et 8,4 % fument au moins 10 cigarettes par jour. Dans notre

étude, 27,7 % des adolescentes fument quotidiennement dont 11 % plus de 10 cigarettes par jour.

Concernant la consommation de boissons alcoolisées : on retrouve que 12,4 % boivent régulièrement plusieurs fois par semaine.

L'usage de drogues concerne 5,4 % des adolescents qui en ont utilisé plus de 10 fois ; le haschich vient largement en tête, l'héroïne en dernier. Ce comportement est plutôt masculin. L'usage de drogues n'est pas lié à l'origine ethnique ou à la nationalité.

Enfin, encore plus préoccupant est le fait que 3,7 % des adolescentes ont fugué et 5 à 7 % ont fait un tentative de suicide.

L'utilisation de drogues pendant la grossesse influe considérablement le comportement fœto-maternel. Toutes les substances sont susceptibles d'entraîner à la fois une prématurité et un retard de croissance in utero. Toutes les substances en dehors des hallucinogènes peuvent provoquer un syndrome de manque chez la femme et chez le nouveau-né : l'alcool et la cocaïne sont considérés comme tératogènes (syndrome dysmorphique cranio-facial de l'alcoolisme néonatal, et malformations spécifiques : cérébrales, cardiaques ou rénales), enfin les syndromes de sevrage justifient une prise en charge spécifique.

## LE DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

La grossesse d'une adolescente, d'autant plus que celle-ci est jeune, est souvent découverte tardivement, par méconnaissance, peur d'en parler, anxiété à l'égard du suivi médical, crainte d'être contrainte à une interruption et, pour certaines, déni d'une réalité désirée mais finalement redoutée lorsqu'elle survient. Tout concourt à un retard de déclaration et donc de suivi de la grossesse.

Certains cas extrêmes peuvent ainsi évoluer jusqu'à terme sans avoir été reconnus voire même soupçonnés dans l'entourage proche et aboutir à un accouchement inopiné à domicile ou, pire encore, dans un lieu public ou à l'école.

Cette clandestinité est un problème majeur puisqu'elle empêche tout suivi médical, rendant ainsi la grossesse plus vulnérable, et place la future mère dans un isolement dommageable à tous points de vue.

## GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE

Le diagnostic de cette grossesse est encore rendu difficile par la fréquence des cycles longs et irréguliers à cette période et la mémorisation de la date des règles qui est plus que fantaisiste. Il ne faut donc jamais se contenter d'une date des dernières règles, a fortiori si elle est imprécise.

Très souvent, l'adolescente va consulter son médecin sans relation causale avec son état et, en cas de symptomatologie peu claire, il faut tout simplement poser la question d'une éventuelle grossesse (15).

L'échographie reste le maître examen pour dater la grossesse au premier trimestre et laisser le choix pour une éventuelle interruption volontaire.

Nous avons choisi dans notre étude française de nous intéresser plus spécifiquement aux jeunes filles mineures (c'est-à-dire les filles de moins de 18 ans) car elles posent des problèmes particuliers. Nous avons réalisé une étude rétrospective du 1<sup>er</sup> janvier 1996 au 30 juin 2003 sur les adolescentes ayant accouché

dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Jean Verdier en Seine-St-Denis. Nous avons inclus 328 adolescentes de 12 à 18 ans, ceci représente 2,3 % du nombre total d'accouchements durant la même période. La majorité des adolescentes étaient primipares (86,5 %), mais on remarquera que 5,4% avait un antécédent de fausse couche spontanée et 6,7 % avaient déjà eu une IVG (cf. tableau II).

*Tableau II*

*Parité et antécédents obstétricaux*

	Nombre	%
Parité : primipare	279	85,2
2 <sup>e</sup> pare	40	12,1
3 <sup>e</sup> pare	9	2,7
ATCD FCS	18	5,4
ATCD IVG	22	6,7

*Tableau III*

*Origine ethnique des adolescentes*

Origine ethnique	Nombre	%
Afrique	79	24,3
France	67	20,4
Yougoslavie	69	21
Turquie	18	5,6
Afrique du nord	37	11,2
DOM-TOM	18	5,4
Europe du Nord	14	4,2
Autres	26	7,9

Dans notre département, les origines ethniques sont très diversifiées (cf. tableau III).

Ces grossesses sont peu ou mal suivies puisque 48 % des adolescentes ont consulté pour la première fois au 3<sup>e</sup> trimestre ou que la grossesse n'a été prise en charge que pour l'accouchement ; 28 % ont eu moins de 3 consultations (cf. tableau IV).

La situation familiale de ces adolescentes montre que 49 % sont mariées ou vivent en couple et 51 % sont célibataires mais, parmi celles-ci, 2/3 connaissent le père de l'enfant. Seulement 24,6 % de ces adolescentes sont scolarisées au moment de la grossesse avec, on le sait, une grande difficulté à reprendre une scolarisation après l'accouchement, d'où une marginalisation encore plus importante de ces jeunes filles.

Tableau IV  
Suivi de la grossesse des adolescentes

	Nombre	%
Âge 1 <sup>re</sup> consultation		
1 <sup>er</sup> T	51	15,5
2 <sup>e</sup> T	127	35,8
3 <sup>e</sup> T	<b>33</b>	<b>38,7</b>
Grossesse non suivie		<b>10</b>
Nombre de consultations		
0	36	10,8
1 à 3	64	19,6
4 à 7	128	39,1
> 7	100	30,5

## Complications obstétricales

La grossesse de l'adolescente est réputée à risque, principalement du fait d'une augmentation des enfants de petit poids et de la prématurité. Dans notre étude, le taux de prématurité est de 8,8 %, ce qui est comparable aux données de la littérature puisqu'il est estimé à 10 %. Ce taux de prématurité est probablement plus responsable de faibles poids de naissance car les authentiques retards de croissance intra-utérins au 10<sup>e</sup> percentile sont de 17,6 %. À noter une augmentation de ces RCIU ; en effet en 1998, dans le rapport Uzan, ce taux était de 13 % (6), supérieur à celui de la population générale.

Les deux principales complications sont directement liées au suivi tardif et au comportement de « gommage » de l'état de grossesse associés à l'absence de toute précaution physique ou diététique, avec une poursuite, voire une acutisation des conduites addictives.

Nous n'avons pas observé d'augmentation du taux de complications à type de pré-éclampsie (2,7 %) ou d'hémorragie de la délivrance (5,4 %) et les adolescentes de moins de 15 ans ne sont pas plus à risque.

Les déficits nutritionnels sont souvent plus fréquents car les besoins protéiques sont importants, du fait de vomissements plus fréquents en début de grossesse et plus tard du fait d'un niveau

socio-économique très bas. À l'inverse, dans un cas sur cinq, on assiste à des prises de poids excessives pouvant aboutir à une obésité définitive par suite d'un apport glucidique trop important.

L'anémie par carence martiale est fréquente et doit être systématiquement prévenue dès la deuxième moitié de la grossesse. Dans notre étude, 31,4 % des adolescentes avaient une anémie avant l'accouchement.

Il est clair que, dans les pays industrialisés, au contraire des pays en voie de développement, la grossesse ne doit plus être considérée comme un problème exclusivement médical. Le problème n'est pas tant lié à l'âge qu'au contexte social : mauvaises conditions économiques et sociales, manque de soutien affectif, absence fréquente de suivi. C'est dire l'importance de l'accompagnement psychosocial que l'on apportera à ces grossesses afin de procurer le meilleur accueil néonatal possible.

Un certain nombre de facteurs ne sont que peu ou pas modifiables : le très jeune âge, la précarité, le faible niveau éducatif, le soutien familial ou social défaillant.

Certains facteurs sont possiblement modifiables : la clandestinité et l'insuffisance du suivi prénatal, les carences nutritionnelles, les habitudes de vie inadaptées à l'état de grossesse (tabac, toxiques), le stress ou le risque d'activité inappropriée, les infections génitales sexuellement transmises.

En pratique, il s'agit d'une prise en charge globale, qui pourra répondre aux différentes facettes médicales, obstétricales, hygiène de vie et psychosociale de la situation.

## **Accouchement de l'adolescente**

L'accouchement proprement dit est, dans toutes les études, réputé sans risque à condition que la grossesse soit reconnue afin qu'un certain travail de parentalité soit élaboré avant l'arrivée de l'enfant.

Notre étude retrouve des résultats similaires à ceux déjà publiés, à savoir une grande majorité d'accouchements par les voies naturelles soit 91,3 %, dont 18,5 % d'extractions instrumentales et seulement 8,8 % de césariennes (alors que le taux est d'environ 18 % dans la population générale). La vieille notion selon laquelle les accouchements à travers des bassins dont la croissance n'est peut-être pas terminée pouvaient exposer à un sur-risque de disproportions et de césariennes ne se retrouve pas dans les faits.

**Parallèlement, du fait de la grande précarité, nous avons 3 % d'accouchements inopinés à domicile, 10 % de transferts en néonatalogie, 1 % en réanimation néonatale, 1 % de morts fœtales in utero, 1 % de grossesses après violences sexuelles et 2,7 % d'enfants abandonnés à la naissance (9 accouchements sous X).**

**Nous avons différencié le mode d'accouchement et les deux principales complications en fonction de l'âge des adolescentes (cf. tableau V). Il n'existe pas de différence significative pour le mode d'accouchement et les complications entre les 2 groupes.**

*Tableau V*

*Comparaison en fonction de l'âge du mode d'accouchement et des complications*

	12-15 ans N 23 7 %		16-18 ans N 305 93 %		TOTAL N 328	
<b>ACCOUCHEMENT</b>						
voie basse	20	86 %	218	71,4 %	238	72,5 %
extractions instrumentales	2	8,6 %	59	19,4 %	61	18,5 %
césarienne	1	4,3 %	28	9,2 %	29	8,8 %
RCIU	2	8,6 %	58	19,1 %	60	18,2 %
PRÉMATURITÉ	3	13,04 %	26	9,1 %	29	8,8 %

## LA PARENTALITÉ À L'ADOLESCENCE

Il existe, on le sait, une grande variété interindividuelle dans le devenir du couple mère-enfant après la naissance. Plusieurs études montrent que, bien entourées, la mère adolescente ou la jeune famille sont parfaitement capables d'une bonne attitude parentale (16).

Dès la naissance, il est capital de suivre la façon dont va se développer le lien mère-enfant. Ces mères encore plongées dans l'adolescence paraissent finalement assez habiles avec leur bébé, mais leur investissement dans ce domaine peut se montrer relativement instable.

Elles ont souvent une bonne capacité à jouer avec leur bébé, mais se montrent plus rigides que les autres mères dans leurs convictions : « il a faim », « il doit dormir », etc... Ceci n'est pas sans rappeler la fillette jouant à la poupée. Elle peut considérer son enfant comme son confident, son consolateur, mais également comme son souffre-douleur responsable de ses malheurs. Il est donc capital de s'assurer que la jeune fille puisse être aidée à assumer son rôle de mère, sans le faire à sa place.

Ces jeunes mères sont souvent plus surveillées et jugées qu'aidées à poursuivre leur double itinéraire : celui, inachevé, de leur adolescence et celui engagé trop tôt dans le processus de la parentalité (17).

Les facteurs de bon pronostic sont le bon niveau scolaire antérieur à la grossesse, ensuite la reprise de la scolarité après la naissance : elle constitue un élément essentiel au futur lien familial et social. Dans les faits, la reprise d'un projet scolaire est loin d'être la règle, d'autant que, pour beaucoup de ces adolescentes, l'école est déjà désinvestie, c'est le lieu d'échec non étranger à la conception de l'enfant.

Très vite après la naissance, il faut être vigilant à la prescription d'une contraception pour prévenir impérativement la survenue d'un second enfant rapidement après le premier, afin de bénéficier d'un programme social d'accompagnement. Le manque de soutien affectif et social est quant à lui un facteur de très mauvais pronostic et l'accompagnement de telles situations n'est pas aisé.

Dans les cas probablement les plus fréquents où les retours à la scolarité sont impossibles, il faudra très vite aider l'adolescente dans un choix professionnel possible.

La prévention des maltraitances doit être débutée dès la grossesse, c'est pourquoi des réunions dites de parentalité sont organisées dans la plupart des services de maternité depuis trois ans. Il s'agit de réunions médico-psycho-sociales réunissant tous les acteurs de santé, où les femmes enceintes mineures tiennent une place importante.

La grossesse chez une adolescente, c'est un risque d'adolescence avortée. Cette souffrance, nous devons la prendre en

charge pour que, si cette jeune fille fait le choix de son adolescence et demande une interruption de grossesse, il n'y ait pas de récurrence immédiate, et que si elle choisit l'enfant aux dépens de son adolescence, elle puisse être aidée, car élever un enfant donne certes beaucoup de plaisir mais confronte aussi le parent à la capacité d'attendre et de tolérer la frustration.

En amont, une prévention de ces grossesses par la diffusion de la contraception d'urgence doit faire partie des priorités de santé publique.

### Bibliographie

1. Lebreton S, Lachcar P. Gynécologie psychosomatique. In : *Encycl Méd Chir. Gynécologie* 167-A-10, 1995, 6p.
2. Spira A, Bajos N et le groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. Rapport au Ministre de la Recherche et de l'Espace. Paris, La Documentation Française; 1993.
3. Toulemon L, Leridon H. Les pratiques contraceptives en France. In : *Avortement et contraception*. Centre de documentation du MFPPF; 1999, 39-44.
4. Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'adolescent. Paris, Masson; 2000.
5. Pawlak C. Grossesse à l'adolescence. In : Houzel D, Emmanuelli M, Moggio F. *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, PUF; 2000, p 304-307.
6. Uzan M. La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Rapport au directeur général de la santé. Paris, Avril 1998.
7. Ventura SJ, Clarke SC, Matthews TJ. Recent declines in teenage birth rates in the United States : Variations by state, 1990-94. *Mon Vital Stat Rep* 1996; 45: 1-6.
8. Ware L.M. Les grossesses des adolescentes aux Etats-Unis d'Amérique. *Devenir*. 1999; 11,4: 23-48.
9. Bulletin d'information de l'INED – juin 1997.
10. Observatoire Régional de Santé d'Ile de France. Les jeunes en Ile de France. Indicateurs départementaux de santé.
11. Choquet M, Ledoux S. Adolescents, enquête nationale. Analyse et perspectives. Paris, INSERM; 1994.
12. Uzan M, Seince N, Pharisien I. Teenage pregnancy in pediatric and adolescent gynecology (evidence based clinical practice). Karger Ed. In press.
13. Croen LA, Shaw GM. Young maternal age and congenital malformations : a population-based study. *AM J Public Health* 1995; 85: 710-3.
14. Goujard J, De Vignanc C, Vodovar V. Grossesses précoces et malformations congénitales. *JPOP* 97.
15. Marcelli D, Alvin P. Grossesse et adolescence, actes de colloque. 9 décembre 2000, Poitiers.
16. Horwitz SM, Klerman LV, Sung Kuo H, Jekel JF. School-age mothers : predictor of long term educational and economic outcomes. *Pediatrics* 1991; 87: 862-868.
17. Pasini W, Beguin Fr, Bydlowski M, Papiertnik E. L'adolescente enceinte. Actes du 6<sup>e</sup> Colloque sur la relation précoce parents-enfants.

Composition : CNGOF

Impression.....  
Achévé d'imprimer ??????  
Dépôt légal ??????. N° ??????

