



HAL
open science

La grossesse chez les adolescentes

Lucile Jerome

► **To cite this version:**

| Lucile Jerome. La grossesse chez les adolescentes. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00555775

HAL Id: dumas-00555775

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00555775>

Submitted on 14 Jan 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université d'Angers,
UFR des Sciences Médicales,
École de Sages-Femmes René ROUCHY

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

LA GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES

Étude rétrospective réalisée au CHU d' Angers
du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2008

Présenté par Lucile JEROME

Sous la direction de Mme BOUDIER et Mme GOICHON

Mars 2010

Je remercie

Mme Sylvie BOUDIER, sage-femme responsable de la PASS-Périnatalité au CHU d'Angers,
pour ses orientations avisées, ses encouragements, et sa conception du métier de sage-femme ;

Mme Brigitte GOICHON, sage-femme enseignante à l'école René Rouchy,
pour sa grande disponibilité et toute l'aide qu'elle m'a apportée dans la réalisation de ce mémoire ;

L'équipe enseignante de l'école René Rouchy ;

Mes parents, Julia et Guillaume,
pour leur patience, leur aide précieuse, leur soutien inconditionnel et réconfortant tout au long de ces années d'études ;

Mes amis,
pour avoir cru en moi et m'avoir permis de toujours me dépasser.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

Abréviations :	6
Introduction :	8
Généralités :	10
1. Définition de l'adolescence :	10
2. Taux de grossesse, taux de fécondité chez les adolescentes :	10
3. Les IVG chez les adolescentes :	10
4. Les enjeux psycho-sociaux d'une grossesse pour une adolescente :	11
Matériel et méthode :	15
Résultats :	17
1. Caractéristiques maternelles :	17
2. Renseignements sur le père :	20
3. Grossesse actuelle :	22
4. L'accouchement :	25
5. L'enfant :	27
6. Suites de couches :	28
7. A la sortie de la maternité :	29
8. Cas clinique :	31
Discussion :	36
1. Critique de la méthodologie :	36
2. Présentation des autres études :	36
3. Analyse :	37
Conclusion :	45
Bibliographie :	47
Annexe :	50

ABREVIATIONS

Abréviations :

AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalogie, Obstétrique et Gynécologie.

BEP : Brevet d'Études Professionnelles.

CAP : Certificat d'Aptitudes Professionnelles.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and other Drugs.

FCS : Fausse Couche Spontanée.

IMC : Indice de Masse Corporelle.

INSEE : Institut National des Statistiques et des Études Économiques.

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique.

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse.

MAF : Mouvements Actifs Fœtaux.

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro.

MFIU : Mort Fœtale in-Utéro.

NR : Non Renseigné.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile.

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin.

RPM : Rupture Prématuroe des Membranes.

SA : Semaines d'Aménorrhée

INTRODUCTION

Introduction :

La grossesse chez une adolescente dérange. Elle dérange la Société, les familles de ces jeunes femmes, mais également le corps médical. Elle nous force à nous interroger sur une sexualité précoce. Ce phénomène est pourtant loin d'être récent, il était même banalisé dans les sociétés françaises du Moyen-Age (le mariage étant légal à 11 ans et demi pour les filles) ou de la Renaissance, et il l'est toujours dans d'autres cultures, africaines ou gitanes par exemple.

Aujourd'hui, en France, la valorisation des études post-secondaires menant à une carrière professionnelle, l'accès facilité aux moyens de contraception ont différé l'âge jugé socialement acceptable pour devenir mère.

D'après la Société Nationale des Centres d'Interruption de Grossesse et de la Contraception, *«la survenue d'une grossesse à l'adolescence est considérée par nombre de gynécologues-obstétriciens comme non recommandable»*(1-2). Ces grossesses présentent-elles un risque médical, obstétrical ou pédiatrique, majoré par rapport au reste de la population, ou le risque se situe-t-il plutôt au niveau social ?

Nous commencerons par exposer quelques généralités sur les grossesses à l'adolescence, puis nous présenterons l'étude que nous avons réalisé au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers : nous souhaitons savoir si une femme mineure enceinte présentait un profil socio-économique particulier, comment le suivi de sa grossesse était organisé, quelle prise en charge spécifique pouvait être mise en place après la naissance de l'enfant. Nous présenterons donc notre méthodologie, puis nous aborderons les résultats de notre étude, et nous terminerons par une comparaison avec les données de la littérature.

GENERALITES

Généralités :

1. Définition de l'adolescence :

L'adolescence est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme la tranche d'âge allant de 10 à 19 ans (3).

C'est la période qui débute avec l'apparition des premiers signes pubertaires. Sa fin est plus difficile à déterminer, elle est fonction de la maturité psychique, affective, sociale et sexuelle de chaque individu.

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés aux femmes mineures civilement.

2. Taux de grossesse, taux de fécondité chez les adolescentes :

Le taux de grossesses est le nombre total de grossesses (naissances, interruptions volontaires, fausses couches) survenant chez les femmes de moins de 18 ans divisé par le nombre total de femmes appartenant à ce groupe d'âge.

En France, il était de 2,4 % en 2000 (4)

Le taux de fécondité est le nombre de naissances vivantes chez les femmes de moins de 18 ans divisé par le nombre total de femmes appartenant à ce groupe d'âge.

En France, il était de 8 pour 1000 (5) en 2007.

3. Les IVG chez les adolescentes :

Une grossesse chez une adolescente se solde 2 fois sur 3 par une interruption volontaire (4).

On entend souvent que la majorité des IVG en France sont pratiqués chez des femmes très jeunes, issues d'un milieu social précaire, n'ayant pas ou peu de connaissances sur la contraception. Or, les IVG chez les femmes mineures représentaient 5,9 % des IVG pratiqués en France en 2005 (6).

4. Les enjeux psycho-sociaux d'une grossesse pour une adolescente :

La grossesse à l'adolescence est souvent perçue comme non désirée, comme la conséquence d'un manque de connaissances sur la contraception. Mais il serait réducteur de considérer qu'une jeune fille devient enceinte parce qu'elle est incapable d'utiliser une contraception. Il paraît également peu probable qu'elle puisse échapper aux messages de prévention sur la contraception diffusés en masse par les médias. De plus, depuis 2001, la législation française prévoit qu'«*une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène* » (7). Par ailleurs, les Centres de Planification et d'Éducation Familiale organisent régulièrement des journées portes ouvertes (toutes les semaines au Centre Flora Tristan d'Angers), pour répondre aux questions des plus jeunes autour de la sexualité. L'accueil est peu médicalisé, individuel ou collectif.

On peut mettre en évidence 3 types de comportements (8) :

- **la grossesse culturelle :**

Dans les sociétés coutumières (au Maghreb, en Afrique Noire ou dans les sociétés gitanes), la grossesse est vécue comme un rite de passage vers le monde des adultes. Elle permet de vérifier l'intégrité physique du corps, elle rassure sur la capacité à procréer et à devenir mère. Les jeunes filles se marient très tôt, la venue d'un enfant est programmée, elle s'inscrit dans un projet de couple. La future mère est alors valorisée, encadrée par ses proches. Le suivi de la grossesse est en général régulier. Après la naissance, la jeune femme est soutenue et protégée par les autres femmes de la famille, qui l'aident dans l'apprentissage de son nouveau rôle de mère. Le comportement de ces jeunes filles est comparable à celui de femmes plus âgées.

- **la grossesse comme recherche d'un objet de comblement d'une carence de l'enfance :**

Ce sont en général des jeunes filles souffrant d'une mauvaise estime de soi, ayant vécu une enfance difficile, dans une famille au sein de laquelle existent des rapports conflictuels. On retrouve souvent des situations d'échec scolaire, des conduites agressives ou addictives. Avec sa grossesse, l'adolescente devient adulte et signe une double provocation : elle assassine sa propre enfance, et elle attaque sa propre mère

en la «poussant» d'une génération. L'enfant est conçu pour compenser les angoisses dépressives et les sensations d'abandon de la jeune mère. Celle-ci a de grandes difficultés à se projeter avec l'enfant, elle a à son égard des attentes inadaptées, elle imagine qu'il va résoudre tous ses problèmes avec le monde, par sa simple présence.

- **la grossesse comme prise de risque :**

Pour l'adolescente, la grossesse est une conduite agressive impulsive dirigée contre son propre corps. C'est un passage à l'acte destiné à se mettre en danger, dans le cadre d'une sexualité non protégée, au même titre que les tentatives de suicide ou les troubles du comportement alimentaire. Ces grossesses ne sont en général pas suivies, elles sont parfois découvertes très tardivement, au moment de l'accouchement. A la naissance, la jeune fille n'est pas prête à élever son enfant, et le risque de maltraitance est alors majoré.

Pour la sociologue Charlotte LE VAN, la grossesse chez une adolescente est un «acte socialement déviant»(9). Dans son ouvrage *Les grossesses à l'adolescence, normes sociales, réalités vécues*, l'auteur a réalisé 28 entretiens avec des jeunes femmes de moins de 20 ans ayant eu une première grossesse. Elle a délibérément exclu, par souci de comparaison, les jeunes femmes de nationalité étrangère et celles dont la grossesse était issue d'un viol. Elle met en évidence 5 types de grossesses :

- **la grossesse «rite d'initiation» :**

La grossesse est désirée et attendue, elle contribue à confirmer l'identité de femme de l'adolescente. Le désir d'enfant n'est par contre pas du même ordre : l'enfant réel n'est jamais envisagé. Cette grossesse traduit un besoin d'être entourée et rassurée sur la stabilité de leur couple et sur l'authenticité des sentiments de leur partenaire à leur égard.

- **la grossesse «SOS» :**

La grossesse est un appel, un moyen de solliciter le dialogue dans des situations de conflit familial (divorce, maltraitance). Le désir de grossesse n'est pas explicité, mais ces jeunes femmes adoptent une conduite contraceptive les exposant au risque d'une grossesse.

– **la grossesse «insertion» :**

La grossesse est le résultat d'une décision mûrement réfléchie. Le désir d'enfant est clairement exprimé et partagé avec le partenaire. Ce sont souvent des adolescentes sorties du système scolaire, qui ne peuvent pas pénétrer dans le monde du travail. Avec sa grossesse, la jeune femme acquiert le statut social de mère, reconnu et approuvé par l'entourage.

– **la grossesse «identité» :**

La grossesse n'est pas consciemment programmée, mais la jeune fille adopte un comportement contraceptif l'exposant à un risque de grossesse (oublis de pilule, pas d'utilisation de préservatifs). La grossesse est mise sur le compte du hasard, de l'accident. Elles éprouvent le désir d'être mère, sans expliciter de désir d'enfant. L'enfant constitue un objectif dans la vie de la jeune mère : ce qu'elle n'a pas la volonté de faire pour elle-même, elle le fera pour son enfant.

– **la grossesse «accidentelle» :**

La grossesse est involontaire, imprévue. La jeune fille adopte un comportement dont elle pense qu'il la protège efficacement (contraception bien utilisée), elle ne se sent pas exposée à la reproduction. La grossesse survient à l'occasion d'un oubli isolé de pilule ou d'une rupture de préservatif par exemple. Il n'y a ici ni désir de grossesse, ni désir d'enfant.

MATERIEL ET METHODE

Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une étude rétrospective dans le service de Gynécologie – Obstétrique du CHU d'Angers (maternité de niveau III) sur une période de 3 ans, du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2008.

A partir du logiciel informatique du service, nous avons inclus toutes les patientes ayant moins de 18 ans au moment de leur accouchement. Au total, nous avons recensé 69 patientes : 15 patientes mineures ont accouché en 2006, 23 en 2007 et 31 en 2008. Au fur et à mesure de l'exploitation des dossiers, nous avons exclu 1 dossier : il s'agissait d'une patiente ayant été suivie au CHU d'Angers et ayant accouché dans une autre maternité. Les dossiers obstétricaux de 4 patientes n'ont pas été retrouvés. Au total, 64 dossiers ont donc pu être exploités.

La PASS-Périnatalité est un dispositif mis en place au CHU d'Angers depuis 2001. Il permet la prise en charge des femmes et des familles en situation de précarité ou de vulnérabilité, grâce à un travail en réseau (interne et externe au CHU). Les consultations avec la sage-femme sont prévues avec un temps plus long. Les patientes rencontrent le même interlocuteur tout au long de la grossesse. Des temps de liaison sont prévus avec les différents intervenants : assistante sociale, puéricultrice et sage-femme de Protection Maternelle et Infantile, psychologues, pédopsychiatres.

A partir du dossier type AUDIPOG et des notes complémentaires de la sage-femme responsable de la PASS-Périnatalité, nous avons étudié les caractéristiques physiques et socio-économique de ces jeunes femmes et de leur conjoints, les antécédents de ces patientes, l'évolution de la grossesse et la prise en charge particulière qui peut en découler, les modalités d'accouchement, les caractéristiques du nouveau-né, le déroulement des suites de couches, et enfin la prise en charge à la sortie de la maternité. Nous avons cherché à évaluer les difficultés spécifiques ressortant dans la prise en charge de ces patientes mineures, sur le plan obstétrical et pédiatrique, et sur le plan social.

Le masque de saisie, la saisie et l'analyse des données ont été réalisés à partir du logiciel Excel.

RESULTATS

Résultats :

La proportion des naissances chez les adolescentes est le nombre de naissances chez les femmes de moins de 18 ans divisé par le nombre total de naissances pour un territoire donné. A Angers, elle est de 5 pour mille naissances.

Au Centre Flora Tristan d'Angers, 8,75% des IVG pratiqués entre 2006 et 2008 concernent des femmes mineures. Ce chiffre est relativement stable depuis les années 1990.

1. Caractéristiques maternelles :

- **Age :**

Les patientes ont entre 15 et 17 ans, soit un âge moyen de 16 ans et 5 mois (+/- 8,4 mois).

- **Situation matrimoniale :**

Quarante et une patientes sur 64 (64,1%) sont célibataires, 20 sont en couple (31,3%), 1 est mariée (1,56%). Deux situations ne sont pas renseignées (3,1%).

- **Lieu de vie :**

Neuf patientes (14,06%) vivent en appartement, 9 vivent en foyer ou en centre maternel (14,06%), 2 vivent en caravane (3,13%), 1 est interne au lycée (1,56%).

Cette information n'apparaît pas dans 43 dossiers (67,19%).

• **Situation familiale :**

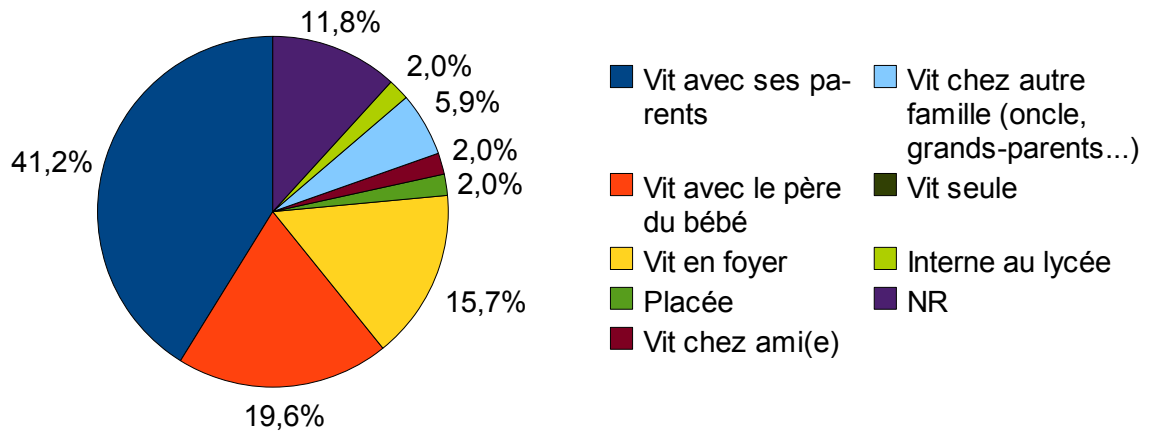


Figure 1 : Situation familiale

• **Origine géographique :**

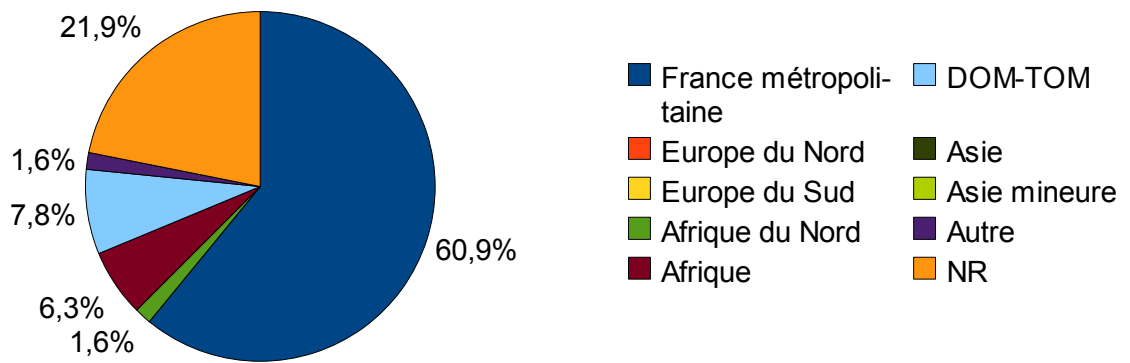


Figure 2 : origine géographique

- **Profil staturo-pondéral :**

Tableau I : statut pondéral

<i>Statut pondéral (IMC)</i>	<i>Population (%)</i>
Maigreur (<18,5)	17 (26,6)
Normal (18,5-24,9)	36 (56,3)
Surpoids (25-29,9)	5 (7,8)
Obésité (30-39,9)	1 (1,6)
Obésité massive (>40)	0 (0)

L'Indice de Masse Corporelle moyen est de 20,8 (+/- 3,4)

L'IMC le plus bas est de 15,1 ; le plus élevé est de 30,5

- **Niveau d'études :**

Quarante-quatre patientes (68,75%) ont un niveau collège (6ème-3ème), BEP, ou CAP. Cinq patientes (7,81%) sont au lycée (2nde-terminale), général ou technique, et 1 patientes (1,56%) fait des études supérieures. Quatorze cas (21,88%) ne sont pas renseignés.

Trente-quatre patientes (53,13%) sont scolarisées au moment de leur grossesse, 20 (31,25%) ont interrompu leur scolarité. Dix dossiers (15,63%) ne nous renseignent pas sur ce point.

Aucune des patientes de notre étude n'exerce d'activité professionnelle.

- **Antécédents sociaux :**

Dix-huit patientes sur 64 (28,13 %) présentent des antécédents sociaux, parmi lesquels :

- 16 antécédents de placement (25%) ;
- 5 antécédents de maltraitance (7,81%) ;
- 6 antécédents de violences sexuelles (9,38%).

- **Conduites addictives :**

Trente-cinq patientes (54,69%) ne fument pas ; 19 (29,69%) fument entre 1 et 10 cigarettes par jour ; 10 (15,53%) fument plus de 10 cigarettes par jour.

Trois patientes (4,69 %) déclarent avoir consommé du cannabis, avant ou au début de leur grossesse.

Aucune de nos patientes ne déclare avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse.

- **Antécédents médicaux, chirurgicaux et familiaux :**

Nous avons en particulier observé 3 antécédents d'anorexie mentale (4,69%).

- **Aides sociales mises en place :**

Tableau II : Aides mises en place.

<i>Aide</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Allocation de Parent Isolé	27	42,19
Revenu Minimum d'Insertion	1	1,56
Non renseigné	36	56,25

2. Renseignements sur le père :

- **Age :**

Les pères sont en moyenne âgés de 20 ans et 10 mois (+/- 5 ans). Le plus jeune est âgé de 15 ans, le plus âgé de 41 ans.

- **Situation du couple :**

Le père accepte la grossesse dans 56,25% des cas (ce renseignement n'apparaît pas dans 21,88% des dossiers)

Sept patientes (10,94%) ne sont plus avec le père au moment de la grossesse.

Deux grossesses sont issues de viols.

Deux pères sont restés dans leur pays d'origine (au Cameroun et au Tchad).

Un couple est consanguin (cousins germains).

Un est déjà père de 3 enfants.

Un père est incarcéré au moment de la grossesse.

- **Origine géographique :**

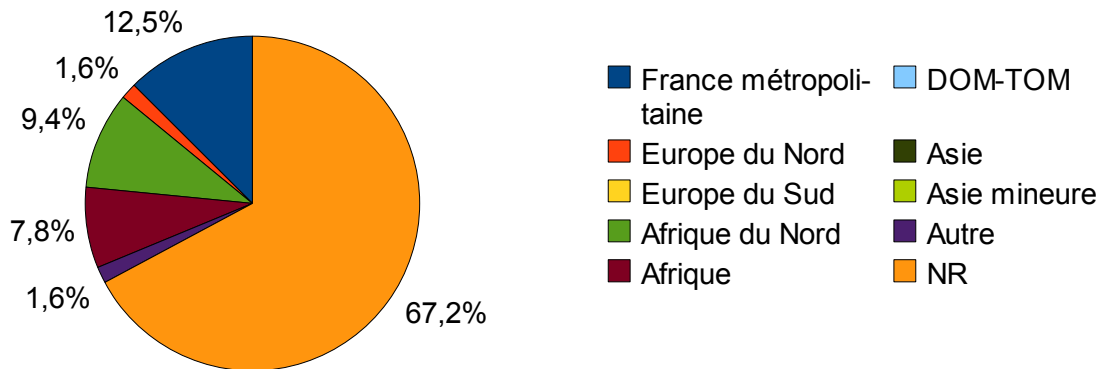


Figure 3 : origine géographique

- **Niveau d'études :**

Dix d'entre eux (15,63%) sont au collège, BEP ou CAP ; 6 (9,38%) sont au lycée (technique ou général) ; 5 (7,81%) font des études supérieures. Quarante-trois dossiers (67,19%) ne nous renseignent pas sur leur niveau d'études.

Dix-neuf pères (29,69%) exercent une profession, 24 (37,5%) ne travaillent pas. Vingt-et-un cas (32,81%) ne sont pas renseignés.

- **Activité socio-professionnelle :**

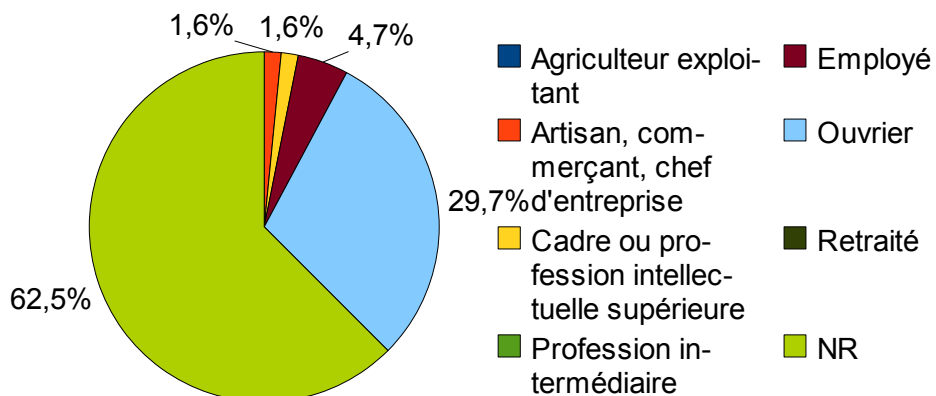


Figure 4 : catégorie socio-professionnelle

3. Grossesse actuelle :

- **Gestité, parité :**

Cinquante-quatre patientes sur 64 (84,38%) sont primigestes, 8 patientes (12,5%) sont deuxièmes gestes et 2 patientes (3,13%) sont troisièmes gestes.

Cinq patientes (7,81%) ont déjà pratiqué une IVG avant leur grossesse, 3 (4,69%) ont un antécédent de Fausse Couche Spontanée, 1 patiente (1,56%) a déjà un enfant vivant et 1 autre (1,56%) a un antécédent de Mort Fœtale In-Utéro.

Soixante-deux patientes (96,88%) sont primipares et 2 (3,13%) patientes sont deuxièmes pares.

- **Désir de grossesse :**

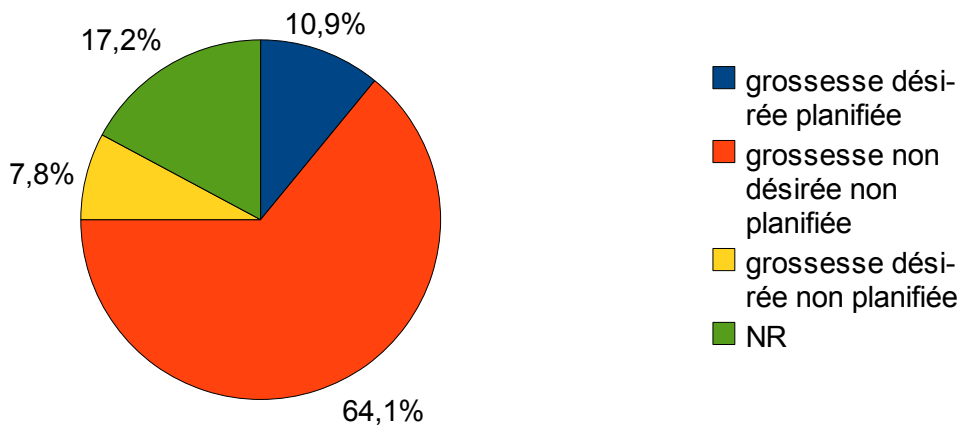


Figure 5 : grossesse désirée, grossesse planifiée ?

Quatre patientes (6,25%) ont fait un déni de grossesse (2 dénis totaux, 2 partiels). Trois de ces patientes n'ont pas présenté de complication grave durant la grossesse, elles ont accouché physiologiquement à terme de nouveau-nés pesant entre 3500 g et 4410 g, ayant une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Les suites de couches ont été simples pour la mère comme pour l'enfant.

La quatrième s'est présentée à la maternité en cours d'expulsion à 25 SA. Son enfant est décédé à 10 minutes de vie. On a suspecté une béance cervicale responsable d'une chorioamniotite.

- **Contraception avant la grossesse :**

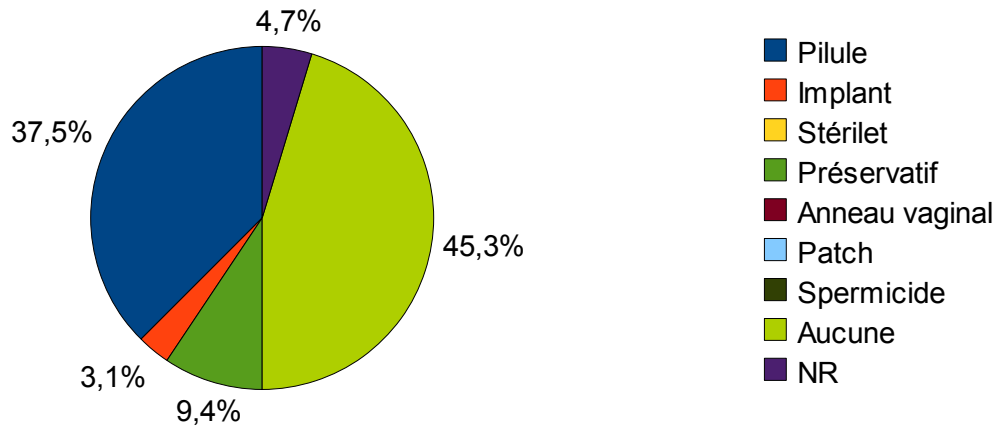


Figure 6 : contraception avant la grossesse :

La grossesse a débuté sous contraception dans 8 cas sur 64 (12,5%)

- **Déclaration de grossesse :**

Elle est faite au premier trimestre dans 52 cas (81,25%), au deuxième trimestre dans 6 cas (9,38%), au troisième trimestre dans 4 cas (6,25%). La grossesse n'est pas déclarée au moment de l'accouchement dans 2 cas (3,13%)

- **Suivi de la grossesse :**

La première consultation au CHU a eu lieu en moyenne à 25 SA et 2 jours (+/-7 semaines et 5 jours). Elle a été réalisée au plus tôt à 10 SA, au plus tard à 41 SA.

La grossesse a été mal suivie dans 15 cas (23,43%). Trois de ces femmes (20%) ont présenté une complication de la grossesse (une eclampsie à 39 SA, un Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU) d'origine vasculaire, un bilan hépatique perturbé associé à une anémie). Trois autres patientes (20%) ont accouché avant 37 SA.

- **Dépistage :**

Les marqueurs sériques de la trisomie 21 ont été recherchés dans 29 cas (45,31%).

Le diabète gestationnel a été recherché dans 44 cas (68,75%), par le test de O'Sullivan ou par un dosage de la glycémie à jeun.

La recherche du streptocoque B a été effectuée dans 53 cas (82,81%).

- **Préparation à la naissance :**

Elle a été suivie dans 20 cas (31,25%), non suivie dans 28 cas (43,75%). Cette information n'est pas renseignée dans 16 cas (25%).

- **Prise en charge sociale :**

Quatre patientes (6,25%) ont été suivies par l'Aide Sociale à l'Enfance, 28 (43,75%) ont été encadrées par la Protection Maternelle et Infantile, 1 a été prise en charge par un éducateur ou une assistante sociale de secteur (1,56%) ; 13 ont été prises en charge par une assistante sociale (20,31%) ; l'Action Éducative en Milieu Ouvert a encadré 2 patientes (3,13%) et 1 a été prise en charge par la Direction des Interventions Sanitaires et Sociales (1,5%). Il n'y a eu aucune prise en charge sociale pour 15 patientes (23,43%) .

- **Complications de la grossesse :**

Il existe une complication ou une pathologie liée à la grossesse chez 19 patientes (29,69%). Une hospitalisation en service de grossesses pathologiques a été nécessaire dans 18 cas (28,13%). Sa durée moyenne est de 10,6 jours. Le séjour le plus court a duré 1 jour, le plus long 49 jours.

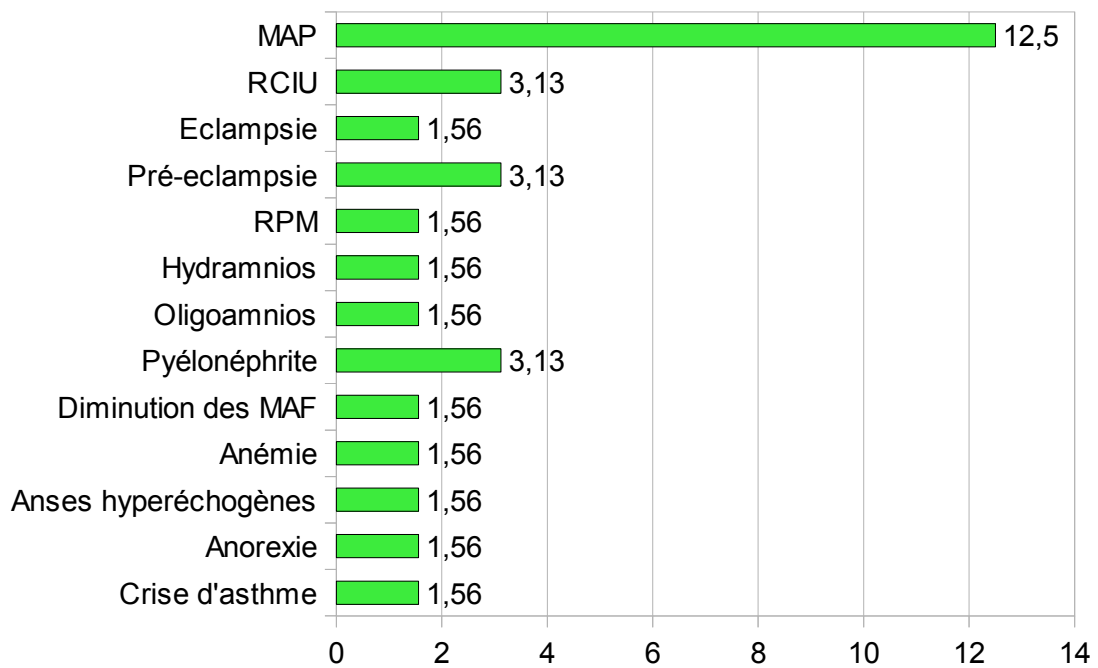


Figure 7 : complication de la grossesse

Au cours de leur hospitalisation, 9 patientes (50%) ont rencontré un psychologue.

4. L'accouchement :

- **Terme :**

Il survient en moyenne à 38 SA (+/-3 semaines et 6 jours). L'accouchement le plus précoce a eu lieu au terme de 22 SA, le plus tardif à 41 SA.

Trois enfants (4,69%) sont nés avant 28 SA, 1 (1,56%) entre 28 et 31 SA et 6 (9,38%) entre 34 et 36 SA.

Sept patientes (10,94%) ont dépassé leur terme théorique.

- **Début de travail :**

La mise en travail a été spontanée pour 52 patientes (81,25%), déclenchée pour 11 patientes (17,19%). Deux patientes (3,13%) ont été césarisées en urgence à l'arrivée à la maternité (l'une pour crise d'éclampsie à 39 SA, l'autre pour pré-éclampsie et RCIU accompagné d'un oligoamnios). Aucune césarienne n'a été programmée pour les patientes de notre population.

La dilatation moyenne à l'arrivée aux urgences est de 2,4 cm (+/-1,6cm). Onze (17,19%) sont venues avec une dilatation inférieure à 2 cm et 1 patiente (1,56%) est arrivée à dilatation complète.

• **Déroulement du travail :**

La phase active du travail a duré en moyenne 3 heures et 30 minutes (+/-2 heures). La durée maximale a été de 10 heures.

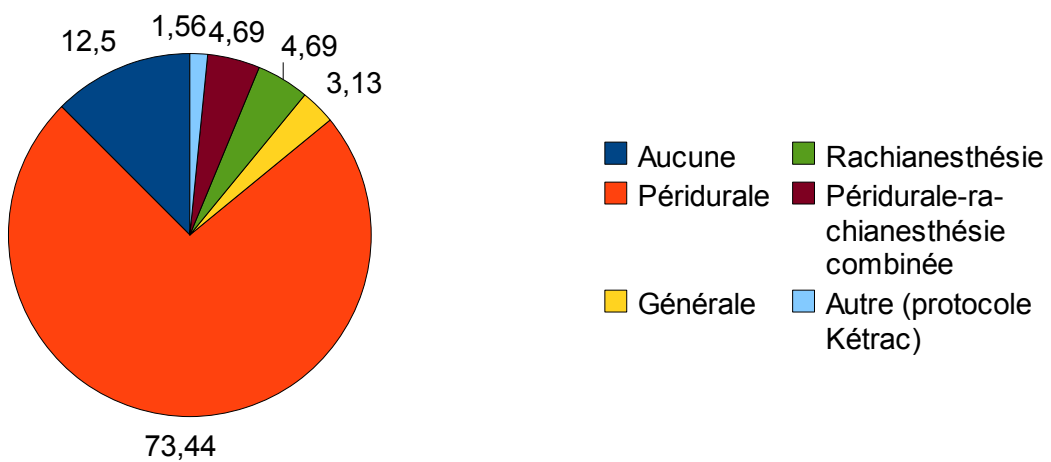


Figure 8 : Analgésie au cours du travail.

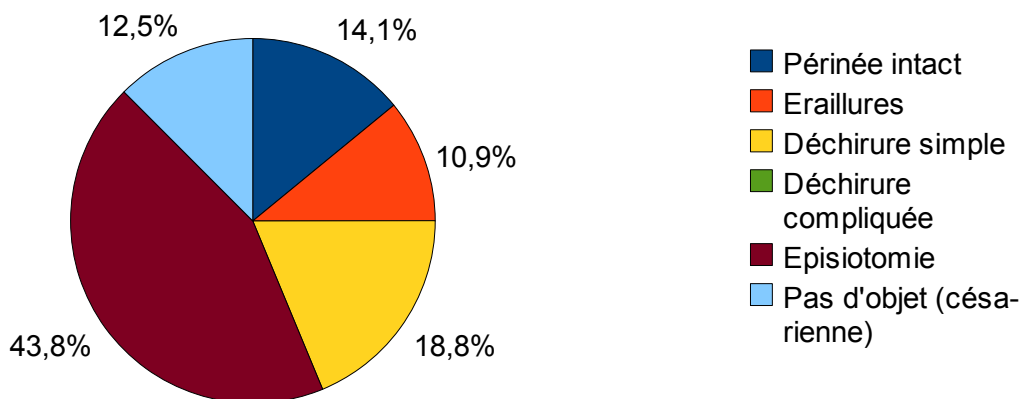


Figure 9 : Périnée.

La naissance a eu lieu par voie basse spontanée dans 46 cas (71,88%), une extraction instrumentale a été nécessaire dans 10 cas (15,63%), 8 césariennes ont été pratiquées (12,5%).

La délivrance a été dirigée et complète dans 46 cas (71,88%), naturelle et complète dans 7 cas (10,94%). Trois révisions utérines (4,69%) ont été pratiquées, ainsi que 8 révisions utérines et délivrance artificielle (12,5%).

Les pertes sanguines ont été estimées à moins de 500 ml dans 98,44% des cas (63 patientes), 1 patientes (1,56%) a perdu entre 500 ml et 1l de sang.

5. L'enfant :

• Poids :

Il pèse en moyenne 3010 g (+/-750 g). Le plus petit poids est de 581 g (mort-né à 22 SA) ; l'enfant le plus gros pèse 4410 g. Un seul enfant né à terme (1,56%) présente un RCIU (poids inférieur à 2500g). Deux enfants (3,13%) sont macrosomes (poids supérieurs à 4000g)

• Taille :

Il mesure en moyenne 48,4 cm (+/- 3,7 cm). Le plus petit mesure 32 cm ; le plus grand 54 cm.

• Évaluation de l'adaptation à la vie extra-utérine :

Tableau III : Score d'Apgar.

<i>Apgar</i>	<i>A 1 minute de vie</i> <i>n = 64 (%)</i>	<i>A 5 minutes de vie</i> <i>n = 64 (%)</i>
Entre 7 et 10	55 (85,94)	59 (92,19)
Entre 4 et 6	3 (3,13)	2 (3,13)
Entre 0 et 3	7 (10,94)	3 (4,69)

Le pH est supérieur à 7,20 dans 47 cas (73,44%) , il est compris entre 7,10 et 7,20 dans 7 cas (10,94%), entre 7,00 et 7,10 dans 1 cas (1,56%). Cette information n'apparaît pas dans 9 dossiers (14,06%).

Les lactates ont été dosées dans 14 cas ; elles étaient inférieures à 5 chez 10 enfants (15,63%) et supérieures à 5 chez 4 enfants (6,25%).

Deux enfants (3,13%) sont mort-nés, l'accouchement ayant eu lieu à un terme de 22 SA ; un enfant (1,56%) est décédé après 10 minutes de vie, à un terme de 25 SA.

- **Malformations :**

Trois enfants présentaient une malformation à la naissance :

- l'un était porteur d'une insuffisance aortique associée à un foramen ovale (diagnostiqué grâce à des signes d'appel échographiques anté-natals et à une échographie cardiaque à 3 jours de vie. L'examen en salle de naissance était normal). Un suivi a été prévu avec un pédiatre cardiologue.
- Un autre présentait une hexadactylie post-axiale bilatérale.
- Le dernier était porteur d'une anomalie aux gros orteils (syndactylie et hexadactylie).

6. Suites de couches :

- **Type d'allaitement :**

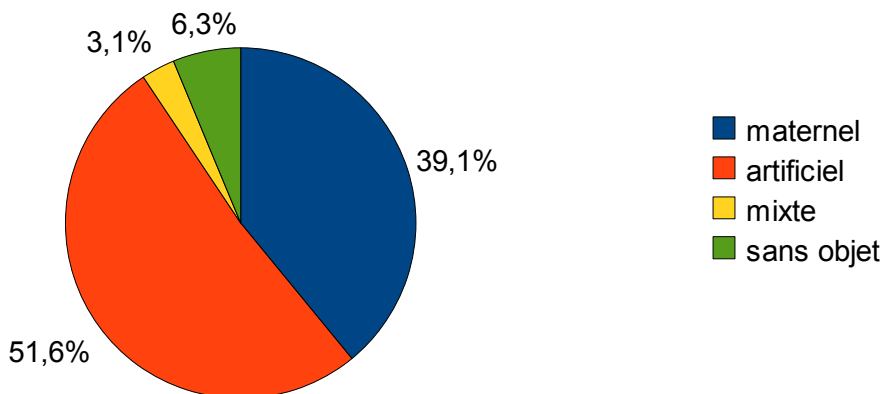


Figure 10 : Allaitement.

Concernant le critère «sans objet», il s'agit des 3 enfants morts-nés, et d'un enfant né sous X.

Trois patientes (10,71% des femmes allaitantes) ont interrompu leur allaitement au cours des 3 premiers jours de vie de leur enfant.

Vingt-trois enfants (35,94%) ont été placés en peau à peau avec leur mère en salle de naissance, 20 (31,25%) ne l'ont pas été ; 21 dossiers (32,81%) ne nous renseignent pas sur ce fait.

- **Séjour à la maternité :**

Quarante-neuf mères (76,56%) ont été hospitalisées dans le service des Suites de Couches, 6 (9,38%) ont été prises en charge par l'Unité Kangourou. Six nouveaux-nés (9,38%) ont été en unité de Néonatalogie (leur mère étant dans le service de Suites de Couches). Les 3 mères (4,69%) dont les bébés sont décédés à la naissance ont été hospitalisées dans le service des Grossesses Pathologiques.

Le séjour à la maternité a duré en moyenne 4,4 jours (+/-1,3 jours) ; le séjour le plus court a été de 1 jour, le plus long de 9 jours.

Cinquante-huit nouveaux-nés (90,63%) n'ont développé aucune complication au cours de leur séjour en maternité. Deux (3,13%) ont présenté une détresse respiratoire transitoire ; 1 (1,56%) a fait une hypoglycémie ; 2 (3,13%) ont eu une hyperbilirubinémie (sans ictère vrai) ; 1 (1,56%) a présenté une perte de poids supérieure à 10% de son poids de naissance.

Soixante femmes (93,75%) n'ont présenté aucune complication après leur accouchement (l'une d'elles a passé un IRM, suite à sa crise d'éclampsie à 39 SA. Celui-ci s'est révélé normal) . Une a été anémiée (1,56%) ; 2 (3,13%) ont développé une infection urinaire ; 1 (1,56%) a présenté une incontinence urinaire pendant son séjour à la maternité.

7. A la sortie de la maternité :

Soixante mères sur 64 (93,75) sont sorties avec leur enfant. Un nouveau-né (1,56%) a été abandonné, suite à un accouchement sous X. Aucun bébé n'a été placé, temporairement ou d'office.

- **Domiciliation au retour de la maternité :**

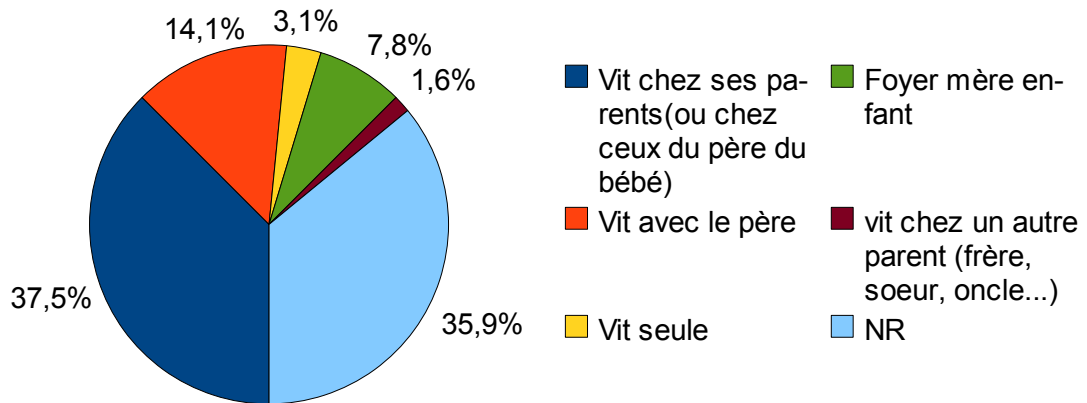


Figure 12 : lieu de vie de la mère après son accouchement.

- **Contraception à la sortie de la maternité :**

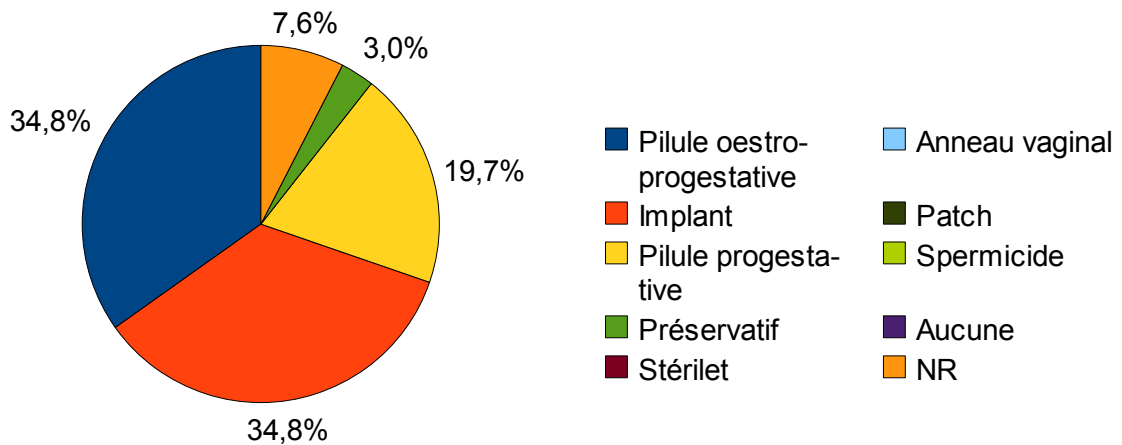


Figure 11 : contraception à la sortie de la maternité.

- **Suivi ultérieur :**

Un suivi avec la PMI a été prévu dans 49 cas (76,56%). Il a été refusé dans 5 cas (7,81%). Cette information n'a pas été renseignée dans 10 dossiers (15,63%).

A ce jour, 7 de ces patientes (10,93%) ont eu au moins une grossesse ultérieure :

- L'une a fait une fausse couche spontanée
- Une autre a fait 2 fausses couches, puis a accouché une fois, par voie basse, après une grossesse d'évolution normale. Ces 3 grossesses ont eu lieu avec un autre conjoint.
- Une autre a accouché 2 fois. Elle est restée avec le même conjoint pour ses 3 grossesses.
- Une femme apparaît 2 fois dans notre étude : elle a accouché à 16 et 17 ans.
- Une autre a fait une fausse couche, puis a accouché 3 fois, d'un même conjoint.
- Une grossesse est actuellement en cours, le terme étant prévu pour mars 2010.

8. Cas clinique :

L'histoire de «Marie» : un exemple de prise en charge et de suivi de la grossesse d'une mineure par la PASS-Périnatalité.

- **Le contexte du premier contact avec le CHU :**

Marie est une jeune fille de 16 ans. Elle est enceinte, mais ne souhaite pas faire suivre sa grossesse par le médecin traitant de sa mère, elle se présente donc à la maternité, où elle est orientée vers la sage-femme responsable de la PASS-Périnatalité.

Lors de la première consultation, à 15 SA, Marie est accompagnée par sa mère. La sage-femme déclare la grossesse, elle organise et explique le suivi.

- **Marie :**

Marie est l'aînée d'une fratrie de 5 enfants, elle vit chez sa mère avec ses frères et sœurs. Sa mère est en procédure de divorce avec son père légitime, qui n'est pas son père biologique. Celui-ci serait décédé, mais la mère de Marie ne lui a jamais donné d'informations sur son père, par peur de ses réactions.

Marie est suivie depuis l'âge de 8 ans par un pédopsychiatre du CHU d'Angers, dans le cadre d'une anorexie mentale.

Marie déclare s'occuper de ses frères et sœurs avec sa mère, précisant que celle-ci n'y parvient pas seule (ce que sa mère ne contredit pas). Elle est inscrite dans un lycée,

mais a interrompu sa scolarité depuis la rentrée de septembre. En mars de la même année, elle avait déjà fait l'objet d'un signalement à l'Aide Sociale à l'Enfance par l'assistante sociale scolaire, pour déscolarisation.

- **Son ami :**

Le père de l'enfant à naître est un jeune homme de 17 ans que Marie a rencontré lors d'une hospitalisation en pédiatrie. Il présente un diabète insulino-dépendant. Il est scolarisé et habite chez ses parents, dans un autre département. Il vit cependant régulièrement chez Marie, avec le consentement de sa mère. Les parents de ce jeune homme sont réticents face à cette situation, mais ils n'imposent pas le retour de leur fils, par crainte de rompre le lien avec lui.

- **La grossesse :**

Pendant sa grossesse, Marie est hospitalisée à 2 reprises dans le service des Grossesses Pathologiques du CHU d'Angers, afin de permettre une rupture avec son milieu familial et de prendre le temps de travailler avec elle sur ses projets. La sage-femme responsable de la PASS-Périnatalité la rencontre très régulièrement, parfois avec l'assistante sociale. Le pédopsychiatre qui la suivait pour son anorexie mentale reprend contact avec elle. Cependant, l'hospitalisation est difficile : Marie est prostrée, elle ne parvient pas à communiquer avec l'équipe soignante, elle finit par fuguer du service.

Un relais est alors organisé avec la sage-femme de PMI. La grossesse est régulièrement suivie dans le cadre des consultations de la PASS-Périnatalité, un suivi pédopsychiatrique est mis en place. Au cours de celui-ci, Marie révèle qu'elle a été victime d'une agression sexuelle 3 ans auparavant. L'assistante sociale en informe la cellule de signalement du Conseil Général. Marie et ses parents sont entendus par le Juge des Enfants, qui sollicite une mesure d'investigation et d'orientation éducative. A la suite d'une autre période conflictuelle avec sa fille, la mère de Marie demande le placement de Marie dans un centre maternel. Après une synthèse réunissant les différents professionnels médico-psychosociaux connaissant la famille, Marie est placée jusqu'à sa majorité au Centre Maternel Anjorant de Nantes, qui accueille les mineures. En accord avec la mère de Marie, un relais est fait avec l'assistante sociale

de secteur et la puéricultrice de PMI, afin de mettre en place une travailleuse familiale qui l'aidera au niveau de son logement et de ses autres enfants.

- **Un travail en partenariat :**

On voit que ce travail est nécessairement organisé en réseau : trois commissions d'évaluation et d'orientation ont eu lieu, réunissant la circonscription d'action sociale et de santé, la sage-femme et la puéricultrice de PMI, les assistantes sociales scolaires et celles du CHU, le pédopsychiatre et la sage-femme de la PASS-Périnatalité. Marie et sa mère ont toujours été informées de ces rencontres.

- **Les problématiques :**

Au cours du suivi de la grossesse de Marie, plusieurs problématiques sont abordées :

- d'un point de vue médical, il s'agit de suivre une grossesse chez une mineure anorexique.
- Du point de vue psychologique, on s'interroge d'une part sur le sens de la grossesse de Marie dans son parcours personnel. D'autre part, il est nécessaire de prendre en compte la relation de Marie avec sa mère, à la fois très fusionnelle et conflictuelle. Enfin, il s'agit d'aider le père de l'enfant à prendre sa place.
- au niveau social, les droits sociaux de Marie sont à mettre à jour. L'accueil de son bébé doit être préparé. Il est nécessaire de réfléchir à la façon dont la mère de Marie pourrait mettre en place un climat sécurisant et serein pour Marie et son bébé, afin que chacun puisse avoir un rôle défini autour de l'enfant à naître.

- **Le devenir de Marie et de son enfant :**

Marie accouche à terme d'une petite fille de 3060 grammes. Elles sont accueillies dans l'Unité Kangourou du service de Suites de Couches, afin d'accompagner la création du lien mère-enfant. La sage-femme de la PASS-Périnatalité et le pédopsychiatre continuent de la rencontrer régulièrement pendant la semaine que dure leur séjour. Marie souhaite qu'un implant contraceptif lui soit posé avant sa sortie. L'éducatrice du Centre Anjorant entre en contact avec Marie au cours de son séjour puis l'accompagne au Centre Maternel.

Marie y reste comme convenu jusqu'à sa majorité, puis retourne habiter à Angers chez son père légitime. Elle se rend rapidement compte qu'il ne s'agit pas là de la meilleure solution pour elle et sa fille, et demande alors à être admise au Centre Maternel d'Angers, où elle réside encore aujourd'hui. Malheureusement, le père de sa fille est sorti de la vie de Marie. Elle reprend également contact avec le pédopsychiatre du CHU, consciente de la nécessité de ce suivi pour elle et sa fille.

Sa fille est aujourd'hui âgée de 2 ans.

DISCUSSION

Discussion :

1. Critique de la méthodologie :

Au travers de notre étude rétrospective, nous avons tenté de mettre en avant les difficultés spécifiques pouvant apparaître lors d'une grossesse chez une adolescente, que ce soit au niveau médical ou au niveau social.

Chaque année entre 2006 et 2008, le CHU d'Angers a effectué entre 4151 et 4251 naissances. Ce type d'étude nous permet de disposer d'un nombre de dossiers relativement important, nous renseignant sur de nombreux points (essentiellement médicaux). Mais il ne nous permet d'accéder qu'aux critères notifiés dans le dossier médical. Or il aurait ici été intéressant de pouvoir élargir notre champ de recherche : des critères socio-économiques (comme le lieu de vie de la patiente, les aides sociales dont elle peut bénéficier, le niveau d'études de son conjoint...) sont absents de nombreux dossiers, il nous est donc impossible de renseigner ces éléments.

Le logiciel informatique du CHU d'Angers nous a permis de recruter exhaustivement les patientes mineures au moment de leur accouchement. Nous n'avons pas pu accéder à 4 dossiers, ce qui représente une perte d'information de 5,8%.

2. Présentation des autres études :

Nous avons pu comparer notre étude avec d'autres travaux effectués autour du même sujet :

- Dedecker et coll. (10) ont réalisé une étude rétrospective sur 2 ans (en 2000 et 2001), à l'île de la Réunion, dans le but d'analyser les facteurs de risques obstétricaux des grossesses adolescentes. Ils ont comparé une population de 365 primipares adolescentes avec une population témoin de 2050 primipares de 18 à 29 ans. Les grossesses multiples et les multipares ont été exclues de leur cohorte.
- Hamada et coll. (11) ont étudié les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes au Maroc, grâce à une étude rétrospective sur 2 ans (1999 et 2000) à Rabat. Ils ont comparé une population de 311 adolescentes avec une population de 155 patientes majeures tirées au sort parmi les autres femmes ayant accouché à Rabat.

- Faucher et coll. (12) ont réalisé une analyse obstétricale et étudié l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques lors d'une maternité à l'adolescence. Il s'agit d'une étude rétrospective sur 3 ans (de 1997 à 2000), réalisée à l'hôpital Bichât-Claude-Bernard de Paris, portant sur 62 patientes de moins de 18 ans.
- Une autre étude a été menée par Carles et coll. (13) en Guyane Française. Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée entre 1985 et 1995 comparant une population de 150 mineures âgées de moins de 16 ans, appartenant à l'ethnie des bushi-nengue, avec une population témoin de 150 femmes de plus de 18 ans, appartenant à la même ethnie.

3. Analyse :

- **Fréquence des grossesses chez l'adolescente.**

On retrouve dans notre étude une incidence de 5 pour 1000. Elle est beaucoup plus élevée à la Réunion (5,1%), au Maroc (2,6%) et en Guyane (3,5%). Cette différence peut s'expliquer par l'origine géographique et par le meilleur accueil culturel réservé aux grossesses chez des adolescentes dans ces régions. En effet, à Angers, 61% des jeunes mères sont françaises, les 39% restant étant originaires de régions où la grossesse chez une jeune fille est culturelle, comme les DOM-TOM, l'Afrique et le Maghreb. Pour Dedecker, 95% de leur population d'étude est originaire de la Réunion. Selon Faucher, 46% des jeunes femmes sont originaires d'Afrique, 24% de France métropolitaine, 16% d'Afrique du Nord. Toutes les adolescentes étudiées par Carles et coll. sont originaires de Guyane.

- **Age moyen des jeunes mères**

A Angers, on ne compte pas de mineures de moins de 15 ans, alors qu'à l'île de la Réunion, au Maroc, en Guyane et à Paris, on retrouve des adolescentes âgées de 12 à 17 ans. Ces chiffres expliquent que nous ne retrouvons pas de cas de dystocie mécanique majeure liée à la croissance inachevée des très jeunes mineures (moins de 15 ans) alors qu'il en est fait état dans les autres études.

- **Statut matrimonial et familial**

On constate dans toutes les études qu'une part importante d'adolescentes est célibataire, à savoir 64% pour Angers, 84% pour l'île de la Réunion, 100% pour la Guyane. Ceci s'explique par leur jeune âge. On n'observe que 9,7% de célibataires dans l'étude marocaine, mais ce résultat est, selon les auteurs, biaisé car la situation d'une fille célibataire enceinte reste mal vue dans un pays musulman comme le Maroc. Dans notre étude, avant leur grossesse, 41% des adolescentes vivent chez leur parents, 20% avec le père du bébé, alors qu'à Paris on observe le contraire : 25% vivent avec leurs parents et 48% avec le père du bébé. On peut encore une fois expliquer ce fait par leur origine géographique (Africaines pour la plupart). Ces jeunes femmes sont déjà dans une situation de couple stable lorsque leur bébé arrive. En Guyane, elles sont 82% à vivre avec leur famille et 18% en concubinage.

- **Arrêt de la scolarisation**

A Angers, 1 adolescente sur 3 (31%) a interrompu sa scolarité au cours de sa grossesse, alors qu'à Paris, on en compte près d'1 sur 2 (45%). Mais cette différence n'est pas significative statistiquement. Le fait de ne plus être scolarisées les met ultérieurement dans une situation de fragilité et de vulnérabilité socio-économique évidente.

- **Comportements à risque**

Selon le volet français de l'enquête ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) en 2007, 16% des filles mineures fument en France (14). Dans notre population, elles sont 46%.

Par ailleurs, nous avons constaté 4,7% d'anorexie mentale parmi nos patientes, alors que la fréquence dans la population générale n'est que de 0,5 à 1% chez les adolescentes (15).

Ces différences peuvent être mises en relation avec la grossesse comme prise de risque. On constate que certaines de ces adolescentes adoptent bien des comportements agressifs envers leur propre corps, elle cherchent à connaître leurs propres limites, ainsi que celles des adultes les entourant.

- **Le père**

Aucune information concernant le père n'apparaît dans les études réalisées à la Réunion, au Maroc et en Guyane.

Le père est majoritairement âgé de plus de 18 ans (dans 87,5% des cas dans notre étude et dans 96% des cas pour P. Faucher)

Au cours de notre étude, il apparaît très peu de renseignements sur lui, concernant son origine géographique, sa catégorie ou son activité socio-professionnelle.

Cela s'explique peut-être par une absence de projet de couple, ou tout simplement par une absence de ces hommes.

- **Contraception**

Avant la grossesse, elles sont 45% à n'utiliser aucun moyen de contraception dans notre étude. Trente-huit pour cent prennent une contraception orale, 9% emploient des méthodes locales (préservatifs essentiellement), 3% ont porté un implant, qu'elles ont retiré avant de débiter leur grossesse.

L'emploi de la pilule n'est pas toujours bien compris par ces jeunes filles : elles ne connaissent pas la conduite à tenir en cas d'oubli ou de vomissements ; elles sont peu rigoureuses dans l'horaire de la prise, dans le respect du délai entre 2 plaquettes, dans le renouvellement de leur prescription.

A Rabat, 78% des jeunes filles n'utilisent pas de contraception, 21% prennent la pilule, 0,8% emploient la méthode Ogino (abstinence sexuelle périodique, au moment de l'ovulation) et 0,4% utilisent des méthodes locales.

Dans notre étude, après l'accouchement, il a été prescrit une pilule à plus d'une femmes sur 2 (pilule œstro-progestative dans 35% des cas, pilule progestative pour 20%) ; un implant a été posé à 35% des patientes ; 3% des jeunes filles souhaitent utiliser une méthode locale. L'information n'apparaissant pas dans 8% de nos dossiers, nous ne savons pas si ces patientes ne désirent pas utiliser de contraception, ou si le dossier médical est simplement incomplet.

La contraception après l'accouchement est toujours abordée par la sage-femme de la PASS-Périnatalité au cours des consultations prénatales (en général au huitième mois). Le patch et l'anneau vaginal ne sont jamais envisagés par ces jeunes filles, car non remboursés par la Sécurité Sociale, ou jugés trop complexes d'utilisation. Le stérilet leur est systématiquement proposé, mais elles y sont réticentes par crainte de

l'examen gynécologique et de la mise en place supposée douloureuse. Lorsqu'elles l'envisagent, nous sommes confrontés au problème de la pose différée : un rendez-vous est pris 2 mois après l'accouchement pour la pose du stérilet avec un gynécologue du CHU, mais la majorité des jeunes filles ne s'y présentent pas.

- **Suivi de grossesse :**

Le suivi de la grossesse chez une adolescente présente plusieurs spécificités par rapport au suivi d'une grossesse chez une femme plus âgée :

- on insiste sur l'importance des règles hygiéno-diététiques. En effet, les habitudes alimentaires de ces jeunes femmes ne sont pas toujours adaptées à une grossesse (déséquilibre alimentaire, horaires de repas irréguliers, grignotages fréquents). On souligne les risques d'une consommation abusive de sodas et de sucreries ; on insiste sur les besoins en calcium majorés à la fois par l'état de grossesse et par la fin de la croissance de l'adolescente ; on met en avant l'intérêt de la consommation de viande, de fruits et légumes pendant la grossesse. On leur explique qu'il est essentiel d'adapter leur rythme de vie à leur nouvelle situation : arrêt des sorties nocturnes, réduction des activités fatigantes (après-midi entier passé à faire du shopping par exemple).
- Les conduites addictives doivent être stoppées : tabac, alcool et cannabis. Des consultations avec la sage-femme tabacologue sont systématiquement proposées.
- La préparation à la naissance est fortement conseillée, par l'intermédiaire des sages femmes libérales ou de la PMI. Mais les jeunes femmes y sont réticentes, ne voyant pas l'utilité de cette information et affirmant n'avoir aucune crainte.

Le reste du suivi est identique aux autres consultations menées dans le cadre de la PASS-Périnatalité.

On compte 6,25% de dénis de grossesse au sein de notre population. Ce phénomène touche entre 0,5 et 3 pour mille naissances dans la population générale (16-17). Est-ce parce qu'elles ont plus de difficultés à identifier les premiers signes sympathiques de grossesse, ou parce qu'elles ont peur d'affronter le regard du monde extérieur face à

l'annonce de cette maternité jugée trop précoce, ou parce qu'elles n'envisagent aucunement la possibilité d'être enceinte ?

Les grossesses mal suivies représentent 23,4% des patientes dans notre étude, 3,6% pour Dedecker, 22,6% pour Hamada, 40,3% pour Faucher (dont 17,7% non suivies) et 35,3% pour Carles (dont 4,2% non suivies). D'après l'étude de 1993 de l'INSERM (18), 1,1% des femmes enceintes ont un suivi de grossesse insuffisant. Ceci multiplierait le risque de prématurité par 5 et le risque de RCIU par 3.

Dans notre étude comme dans celle de Dedecker, 28% des patientes ont été hospitalisées au cours de leur grossesse ; 16,1% des grossesses ont été considérées comme pathologiques pour Faucher. En France en 1993, selon l'INSERM 20% des femmes enceintes ont été hospitalisées au cours de leur grossesse (18) ; ce taux est comparable à celui des études effectuées sur les adolescentes.

- **Accouchement et suites de couches :**

Le terme moyen d'accouchement est de 38 SA pour toutes les études.

On retrouve à Angers 15,5% de prématurés (6% de grands prématurés nés avant 32 SA), à la Réunion, 12,6% de prématurés (4,6% de grands prématurés), 17,8% de prématurés à Paris. A Rabat, le terme est imprécis pour 68% des patientes, et on compte 4,7% de prématurés parmi les termes précis. Dans la population générale, les accouchements prématurés représentent environ 5% des naissances, la grande prématurité concerne 1,2% des naissances (19). On constate donc que le risque d'accouchement prématuré est nettement augmenté chez une adolescente. Nous ne pouvons pas relier ce phénomène à l'immaturité physique des patientes car elles ont toutes plus de 15 ans dans notre population. On peut penser que le niveau socio-économique, souvent faible, a un rôle non négligeable dans le risque d'accouchement prématuré. De plus, elles adaptent rarement leur niveau d'activité physique à leur état de grossesse.

L'accouchement est eutocique dans 71,9% des cas dans notre étude, dans 80,9% des cas à la Réunion, 56,7% à Rabat. Une extraction instrumentale a été nécessaire dans 15,6% des cas dans notre étude, dans 9,9% à la Réunion, ce qui est comparable aux résultats obtenus pour la population générale à Angers (10,5%). Le risque de

césarienne est plus faible dans la population de notre étude (3,13%) que pour la population générale (18,4% à Angers). Aucune césarienne programmée n'a été indiquée dans notre population. Une seule hémorragie de la délivrance a été constatée. Ces jeunes femmes accouchent donc en général de façon physiologique. Majoritairement, elles se mettent en travail spontanément (81%). Cela explique la diminution du nombre de dystocies et d'hémorragies de la délivrance. De plus, elles bénéficient du dynamisme lié à leur jeunesse.

Les femmes mineures de notre étude bénéficient de la même proportion d'anesthésie péridurale que la population générale à Angers (73% dans les 2 cas).

Le taux d'allaitement maternel (39%) est plus bas dans notre population que dans la population générale (autour de 50% à Angers), mais cette différence n'est statistiquement pas significative. A Paris, 77,4% des femmes ont choisi l'allaitement maternel. Cette différence peut encore une fois s'expliquer par la part plus importante de femmes issues de cultures coutumières, dans lesquelles l'allaitement maternel est une évidence.

On n'observe pas de complications grave du post-partum dans notre série, ni dans celles des autres concernant des adolescentes.

- **Devenir à la sortie de la maternité :**

Après leur accouchement, la majorité des jeunes mères habitent chez leurs parents ou chez ceux du père de leur enfant (38% dans notre étude, 32% à Paris) ; 8% sont hébergées en Centre Maternel à Angers, 7% à Paris ; 14% vivent avec le père de leur bébé à Angers, 40% à Paris.

Dans notre étude, nous avons remarqué que le type de domicile que rejoint la jeune mère après son accouchement n'est pas spécifié dans le dossier obstétrical dans plus d'1 cas sur 3 (36%). Son avenir est pourtant bien différent selon que la jeune femme est installée avec son bébé et son conjoint, ou bien qu'elle vit seule, en rupture avec sa famille et le père de son enfant. Nous pensons qu'il serait intéressant de notifier clairement dans le dossier médical le lieu de vie envisagé à la sortie de la maternité, afin de permettre un suivi spécifique avec la PMI ou une assistante sociale, pour

envisager des solutions dès la sortie de la maternité. En effet, si la question n'est pas abordée explicitement au cours du séjour, ces jeunes femmes peuvent taire ou ne pas exprimer les difficultés qui les attendent au dehors. De même, cette information serait intéressante à connaître dans le cadre d'une grossesse ultérieure, afin de cibler au mieux la prise en charge.

CONCLUSION

Conclusion :

Du point de vue obstétrical, nous n'avons pas mis en évidence de risque particulier dans le suivi d'une grossesse chez une adolescente, à condition que le suivi soit régulier et qu'une surveillance adaptée puisse être mise en place si besoin. De même, l'accouchement est en général eutocique. Ceci s'explique par l'absence de mineures de moins de 15 ans dans notre étude, et donc d'une maturité physique comparable à celle des adultes. Le pronostic obstétrical serait détérioré si nous avions des jeunes filles de moins de 15 ans dans notre étude.

Le seul point négatif observé dans notre population est un risque d'accouchement prématuré plus élevé.

Du point de vue social, il existe une très grande disparité entre les jeunes mères. On distingue d'une part les jeunes filles issues des cultures coutumières qui entrent dans la vie adulte grâce à leur bébé. Elles sont installées avec un partenaire stable, entourées par leurs proches. Leur pronostic à long terme est alors comparable à celui des mères plus âgées. D'autre part, des jeunes femmes plus vulnérables, carencées et isolées, ont un pronostic médico-psycho-social plus réservé. Cependant, le contexte socio-économique n'est-il pas un facteur plus déterminant que l'âge de la patiente ? Il ne faut pas non plus oublier, comme le souligne P. ALVIN, que *«l'idéal de la grossesse merveilleuse, faite de bonheur et d'harmonie, n'est certainement pas la règle pour toutes les femmes»* (20).

Le bénéfice d'un accompagnement précoce, anticipé et conjoint avec différents professionnels médico-psycho-sociaux paraît flagrant dans le suivi d'une grossesse chez l'adolescente.

La poursuite de ce travail est nécessaire à long terme en post-natal avec la PMI et les services sociaux. Il permet d'accompagner et de guider au mieux les jeunes mères et probablement de réduire les situations de grande détresse psychosociale qui peuvent mener à des situations de maltraitance.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie :

- 1) Monnier JC, Prolongeau JF. Les raisons pour lesquelles la grossesse n'est pas recommandée chez l'adolescente. *Quotidien du médecin*, 29 Avril 1994.
- 2) Marcault G, Pierre F. Grossesse chez l'adolescente. Actes du colloque Grossesse et Adolescence du 9 décembre 2000 – Poitiers
- 3) Organisation Mondiale de la Santé. Santé de l'adolescent (consulté le 10/11/2009). Disponible à partir de : URL : http://www.who.int/topics/adolescent_health/fr/
- 4) Pawlak C. Grossesse à l'adolescence. In: Houzel D, Emmanuelli M, Moggio F, editors. *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF; 2000. p. 304-7.
- 5) Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Population - Taux de fécondité par âge (consulté le 10/11/2009). Disponible à partir de : URL : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=nattef02211
- 6) Institut national de la statistique et des études économiques. Santé - Interruptions volontaires de grossesse (consulté le 10/11/2009). Disponible à partir de : URL : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATnon06223
- 7) République française. Loi du 9 août 2004 relative à l'éducation à la santé et à la sexualité. JO du 11 août 2004
- 8) UZAN M. La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Rapport au directeur général de la santé. Paris, avril 1998.
- 9) LE VAN C. Les grossesses à l'adolescence, normes sociales, réalités vécues, édition : L'Harmattan, 1998, Paris, coll. Le travail social.
- 10) Dedecker F, de Bailliencourt T, Barau G, et al. Étude des facteurs de risques obstétricaux dans le suivi de 365 grossesses primipares adolescentes à l'île de la Réunion. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005 ; 34 : 944-52.

- 11) Hamada H, Zaki A, Nejjar H, et al. Grossesse et accouchement chez l'adolescente : caractéristiques et profil, à propos de 311 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 : 607-14.
- 12) Faucher P, Dappe S, Madelenat P. Maternité à l'adolescence : analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers. Gynecol Obstet Fertil 2002 ; 944-52.
- 13) Carles G, Jacquelin X, Raynal P, et al. Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 16 ans : étude de 150 cas en Guyane française. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 : 508-13.
- 14) Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans (consulté le 3/01/2010). Disponible à partir de : URL : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxslp1.pdf>
- 15) Godart N, Blanchet C, Lyon I, et al. Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence. Encycl Méd Chir, Elsevier, Paris, Endocrin Nutr, 2009
- 16) Gorre-Ferragu, Levasseur G. Le déni de grossesse : une revue de la littérature. Thèse : Med : Université de Rennes 1. 2002.
- 17) Grangaud N. Psychopathologie du déni de grossesse : revue de la littérature. Perspect Psychiatr 2002 ; 41 : 174-81.
- 18) Blondel B, Marshall B. Les femmes peu ou mal suivies pendant la grossesse. Résultats d'une étude dans 20 départements. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1996 ; 25 : 729—36.
- 19) Senat MV, Tsatsaris V, Ville Y et Fernandez H. Menace d'accouchement prématuré. Encycl Méd Chir, Elsevier, Paris, Urgences, 17 p; 1999.
- 20) ALVIN P. Sexualité et grossesse à l'adolescence : entre nature et culture. La revue du praticien, 2002, n°52, p238.

ANNEXES

Annexe :

Page de garde



D'après le photographe Jolene Kroeger (Cincinnati, Ohio, USA)

disponible à partir de :

URL : <http://www.photographybyjolene.com/index2.php>

Résumé :

Objectif : évaluer les difficultés spécifiques ressortant dans la prise en charge des patientes mineures enceintes, sur le plan obstétrical et pédiatrique, ainsi que sur le plan social.

Matériel et méthode : du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2008, 64 mineures ont accouché au CHU d'Angers. Nous avons rétrospectivement étudié les caractéristiques physiques et socio-économique de ces jeunes femmes et de leur conjoints, les antécédents de ces patientes, l'évolution de la grossesse et la prise en charge particulière qui peut en découler, les modalités d'accouchement, les caractéristiques du nouveau-né, le déroulement des suites de couches, et enfin la prise en charge à la sortie de la maternité.

Résultats : les patientes sont âgées de 15 à 17 ans. Elles sont pour la plupart célibataires et vivent chez leurs parents. Une jeune fille sur 3 présente des antécédents sociaux lourds (placement, maltraitance ou violence sexuelle). On note une augmentation des conduites à risque (addictions, anorexie mentale) par rapport à la population générale du même âge. Les pères ont entre 15 et 41 ans. La grossesse est régulièrement suivie dans plus des trois quarts des cas (76%), toujours dans le cadre des consultations de la PASS-Périnatalité. On observe une nette augmentation du risque d'accouchement prématuré (15,5% contre 5% dans la population générale). L'accouchement est eutocique dans 71,9% des cas. Le poids moyen des nouveau-nés (3010 g) est légèrement inférieur à celui de la moyenne nationale (3300 g). On n'observe pas de complication grave du post-partum, pour la mère comme pour l'enfant. Un suivi avec la PMI est prévu dans 76,6% des cas, en accord avec les jeunes mères.

Conclusion : ces patientes rentrent dans une population à risque d'accouchement prématuré ; il est nécessaire d'instaurer une prise en charge médico-psycho-sociale adaptée.

Mots-clé : grossesse ; adolescence.

Abstract :

Objectives : to assess the specific difficulties in the follow-up care for pregnant teenagers, from an obstetrical and pediatric point of view, taking social considerations into account also.

Material and method : from January 1st 2006 to December 31st 2008, 64 teenagers gave birth in the teaching hospital of Angers. We retrospectively studied the physical characteristics, the socio-economic situations of these young women and their partner, their medical history, the progression of their pregnancy and the specific follow-up put in place, the delivery mode, the new-born features, the evolution in the post-partum, and finally the social conditions of the discharge from the maternity ward.

Results : all patients were between 15 and 17. The majority were single and living with their parents. One young woman out of three had a significant social history (e.g. Fostering, mistreatment, rape). We observed more high-risk behaviours (addictions, anorexia nervosa) than in the same age general population. The fathers were between 15 and 41. 76% of the pregnancies were regularly followed-up, always within the framework of the "PASS-Périnatalité" consultations. There was a clear increase in the risk of the prematurity (15,5% versus 5% in the general population). The labour was physiologic in 71,9% cases. The mean weight of newborns (3010 grams) was slightly lower than the national medium (3300 grams). We did not observe serious complications during post-partum, neither for the mother nor for the child. A social follow-up was planned in 76,6%, with the young mothers' agreement.

Conclusion : these patients present a high-risk of premature childbirth. It is needed to establish a fitted medical, psychologic and social follow-up.

Key-words : pregnancy ; teenagers.