



HAL
open science

Pratiques contraceptives et grossesses à l'adolescence : étude comparative entre la Grande-Bretagne, la France et la Suède

Misgana Ghebreyesus

► **To cite this version:**

Misgana Ghebreyesus. Pratiques contraceptives et grossesses à l'adolescence : étude comparative entre la Grande-Bretagne, la France et la Suède. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01070881

HAL Id: dumas-01070881

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01070881>

Submitted on 2 Oct 2014

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.

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CAEN

Pratiques contraceptives et grossesses à l'adolescence

Etude comparative entre
la Grande-Bretagne, la France et la Suède

**Mémoire présenté et soutenu par
Misgana Ghebreyesus
Née le 28 Août 1990
En vue de l'obtention du diplôme d'état
De Sage-femme**

Promotion 2010-2014

Remerciements

*A Madame Carole Pornet, médecin en santé publique,
pour avoir accepté de diriger ce mémoire mais aussi pour l'aide précieuse et le
temps qu'elle a bien voulu me consacrer.*

*A Madame Nathalie Brielle, enseignante sage-femme,
pour ses conseils utiles et sa disponibilité.*

A ma famille

A mes amis.

Sommaire

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| 1. Epidémiologie | 2 |
| 2. Comportement sexuel des adolescents..... | 3 |
| 2.1. Définition de l'adolescence | 3 |
| 2.2. Activité sexuelle et pratique contraceptive | 3 |
| 3. Conséquences d'une grossesse à l'adolescence | 5 |
| 4. Conceptions différentes des politiques de prévention des grossesses adolescentes..... | 6 |
| 5. Données manquantes sur ce sujet dans la littérature..... | 8 |
| 6. But de l'étude..... | 9 |
| | |
| MATERIELS ET METHODES | 11 |
| 1. Population | 11 |
| 2. Données utilisées | 11 |
| | |
| RESULTATS | 14 |
| 1. Effets des politiques publiques sur l'évolution des taux de grossesses, de naissances et d'interruptions volontaires de grossesses | 14 |
| 1.1. En Angleterre et au Pays de Galles | 14 |
| 1.2. En France métropolitaine | 16 |
| 1.3. En Suède | 18 |
| 2. Pratiques contraceptives des adolescentes | 20 |

| | |
|---|-----------|
| 2.1. Utilisation de la contraception par les adolescentes de 16 à 19 ans en Grande-Bretagne | 20 |
| 2.2. Utilisation de la contraception par les adolescentes de 15 à 19 ans en France métropolitaine | 21 |
| 2.3. Utilisation de la contraception par les adolescentes de 15 à 19 ans en Suède | 22 |
| DISCUSSION | 24 |
| 1. Discussion méthodologique | 24 |
| 1.1. Limites et biais de l'étude | 24 |
| 1.2. Forces et validité de l'étude | 25 |
| 2. Discussion des résultats de l'étude | 26 |
| 2.1. Tendance des taux de naissances à l'adolescence | 26 |
| 2.2. Tendance des taux d'IVG à l'adolescence | 27 |
| 2.3. La contraception médicale | 28 |
| 2.3.1. Inadéquation des méthodes | 28 |
| 2.3.2. Obstacles à une contraception efficace | 30 |
| 2.4. Les connaissances sur la contraception d'urgence | 36 |
| 3. Synthèse et perspectives | 38 |
| CONCLUSION | 41 |
| BIBLIOGRAPHIE | 42 |

INTRODUCTION

Introduction

On observe en Europe, un mouvement global d'augmentation de l'âge des femmes à la première maternité depuis la fin des années 1960. [1] Le développement de la contraception, l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, la généralisation des études supérieures et la place croissante des femmes sur le marché du travail sont autant de facteurs expliquant la diminution de la fécondité et la survenue de plus en plus tardive des grossesses.

Dans ce contexte, le nombre de grossesses à l'adolescence, pourtant en diminution constante dans de nombreux pays d'Europe, interpelle l'opinion et mobilise les pouvoirs publics. En effet, le phénomène des maternités à l'adolescence est très prégnant en Grande-Bretagne, par exemple, et sa perception comme un enjeu de santé publique reste forte dans certains pays comme en France et en Suède. [2] [3] Ainsi, en 2011, le taux de grossesses des adolescentes âgées de 15 à 19 ans s'élevait à 41,4‰ en Grande-Bretagne, à 25,8‰ en Suède et à 23,4‰ en France. [4] [5] [6] [7] [8]

Face à ces données, nous nous sommes donc posé les questions suivantes : les politiques publiques de prévention des grossesses adolescentes menées en Europe agissent-elles de manière significative sur l'évolution des taux de grossesses à l'adolescence ? Les grossesses adolescentes peuvent-elles s'expliquer par une méconnaissance des moyens de contraception ou par un accès restreint aux services d'interruptions volontaires de grossesses ?

Notre étude comparative vise donc à analyser l'efficacité des dispositifs préventifs mis en place pour réduire le nombre de grossesses à l'adolescence dans trois pays d'Europe : la Grande-Bretagne, la France et la Suède. Cela pourra ensuite permettre de proposer l'adaptation et l'application de mesures préventives jugées efficaces dans d'autres pays.

1. Epidémiologie

La baisse de la fécondité observée en Europe depuis plus de trois décennies est plus marquée pour les adolescentes de moins de 20 ans, que pour les femmes plus âgées. Cependant, on constate que le taux de fécondité des adolescentes diminue de façon inégale et à un rythme variable dans de nombreux pays d'Europe. [9]

Ainsi, on observe les plus fortes réductions des taux de fécondité des adolescentes en Suisse (-90%) et en Suède (-82%) durant la période allant de 1970 à 2011. Sur la même période, la baisse a été plus lente en France (-78%) et en Grande-Bretagne (-46%). [9] [10]

Les taux de grossesses des adolescentes sont trois à quatre fois moins élevés dans les pays d'Europe du Nord et d'Europe occidentale qu'en Europe centrale et orientale. [11] Des différences plus ou moins marquées sont également observées au sein des pays d'Europe du Nord et d'Europe occidentale.

En 2011, le plus fort taux de grossesses chez les adolescentes de moins de 20 ans est de 41‰ en Grande-Bretagne, alors que le taux le plus faible est de 14‰ au Pays-Bas. [5] Le taux de naissances des adolescentes de 15-19 ans, en Grande-Bretagne, s'élevait à 21,2‰. [4] En France, le taux de grossesses chez les adolescentes fait partie des plus faibles d'Europe et s'élève à 23‰ avec un taux de naissances d'environ 8‰. [7] En Suède, on estime que le taux de grossesses des adolescentes âgées de 15 à 19 ans est de 26‰. Pourtant, la Suède est un des pays d'Europe ayant le taux de naissances le plus bas (6‰). [6]

Pour comprendre ces variations et évaluer l'importance des grossesses non désirées chez les adolescentes, il est donc utile d'examiner en parallèle les variations de la fréquence des Interruptions Volontaires de Grossesses (IVG) en Europe. On s'aperçoit ainsi que les adolescentes ont davantage recours à l'IVG dans les pays scandinaves qu'au Royaume-Uni et dans les pays du sud de l'Europe. [12]

En Suède, environ trois grossesses sur quatre étaient interrompues chez les jeunes femmes de 15-19 ans en 2011. [13]

La France se situe dans une position intermédiaire en Europe en ce qui concerne les taux d'IVG chez les adolescentes et près de deux grossesses sur trois étaient interrompues en 2011. [7] [14]

Au Royaume-Uni, près de la moitié des grossesses étaient interrompues en 2011. [4]

2. Comportement sexuel des adolescents

2.1. Définition de l'adolescence

L'adolescence est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme la tranche d'âge allant de 10-19 ans. Cette définition permet de distinguer deux groupes d'âge : la préadolescence de 10 à 14 ans et l'adolescence de 15 à 19 ans. [15] L'adolescence débute avec l'apparition des premiers signes pubertaires : modifications endocriniennes, morphologiques, physiologiques et psychologiques. Ces changements anatomiques et biologiques aboutissent à la capacité de reproduction. L'adolescence est également marquée par la prise de conscience et l'expérimentation de la sexualité.

Il s'agit donc d'une période de transition entre le statut d'enfant et le statut d'adulte. La durée de cette transition n'est cependant plus socialement bien définie et tend à s'étirer de plus en plus. [11] Cette période peut aussi être vécue différemment selon les individus, leur état de santé et leur statut socio-économique.

2.2. Activité sexuelle et pratique contraceptive

Lors de la deuxième moitié du vingtième siècle, on constate en Europe, que la baisse de l'âge au premier rapport est plus marquée pour les femmes que pour les hommes. [16] Les comportements sexuels se sont d'abord modifiés dans les pays nordiques avec la progression des cohabitations et des naissances hors mariage, dès les années 1950. L'âge au premier rapport sexuel s'est ensuite abaissé d'au moins deux ans dans la plupart des pays d'Europe occidentale à partir des années 1960. Dans les années 1980, on observe une stabilisation de l'âge de l'initiation sexuelle.

En Europe occidentale, l'âge moyen au premier rapport sexuel est de 17 ans pour les hommes et de 18 ans pour les femmes. [17]

En France, l'âge moyen au premier rapport sexuel pour les filles est de 17 ans et 6 mois. Au Royaume-Uni, il est de 17 ans et 4 mois. [17]

Dans les pays nordiques, l'âge d'entrée des femmes dans la sexualité est plus précoce. En effet, en Suède, les filles ont en moyenne leur premier rapport sexuel à 16 ans et 5 mois. [17]

La sexualité débutante chez l'adolescente est souvent perçue comme une période à risque d'infections sexuellement transmissibles ou de grossesses précoces. Or, on constate que l'absence de contraception au premier rapport sexuel n'a cessé de reculer depuis les années 1970. [18]

Ainsi en 1991, en Grande-Bretagne, l'absence de contraception au premier rapport était déclarée par 13% des femmes âgées de moins de 20 ans. [17]

En France, 5% des adolescentes âgées de 15 à 18 ans n'avaient utilisé aucune méthode contraceptive lors de leur premier rapport sexuel, en 1994. [17]

En Suède, aucune méthode n'avait été utilisée au premier rapport sexuel pour 13% des femmes âgées de 14 à 24 ans en 1996. [19]

Cette montée du taux de pratique contraceptive s'est accompagnée d'une transformation des méthodes utilisées. Ainsi, l'augmentation significative et rapide de l'usage du préservatif au premier rapport sexuel à la fin des années 1980 s'est produite dans tous les pays d'Europe. L'adoption du préservatif comme méthode contraceptive de référence du début de la vie sexuelle est vraisemblablement liée aux campagnes de prévention du SIDA. [16]

En Grande-Bretagne, la proportion de femmes déclarant avoir utilisé le préservatif au premier rapport sexuel est passée de 40% dans les années 1970 à 60% au début des années 1990. [17]

En France, le pourcentage d'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel est passé de 12,1% avant 1988 à 87,6% en 2005. [18]

En Suède, une étude portant sur l'évolution des comportements sexuels a montré qu'en 1989, 40% des femmes avaient utilisé le préservatif lors du premier rapport sexuel et 73% en 1999. [20]

Dans de nombreux pays d'Europe, la progression de l'usage du préservatif s'est fait aux dépens de la contraception orale et a contribué à l'existence d'une norme contraceptive. Elle est basée sur l'utilisation du préservatif lors des débuts de la vie sexuelle, puis de la pilule en association avec le préservatif à chaque début de relation. Avec la régularité des rapports sexuels, l'utilisation de la pilule

contraceptive augmente de manière significative alors que l'usage du préservatif diminue. [17]

3. Conséquences d'une grossesse à l'adolescence

La grossesse adolescente est une grossesse à risques pour la mère et l'enfant. Jusqu'à la fin des années 1980, la prématurité et l'augmentation du taux de mortalité étaient présentées comme les risques des grossesses adolescentes. Mais depuis le début des années 1990, on constate que les grossesses adolescentes présentent moins de risque d'un point de vue médical que les grossesses des femmes de plus de 40 ans. [21]

Une étude menée en 2009 comparant des adolescentes enceintes de 14 à 20 ans à des femmes enceintes de 25 à 30 ans a cherché à déterminer si les risques médicaux pour la mère et l'enfant sont plus importants chez les adolescentes. [22] Les résultats de cette étude ont permis de démontrer que les adolescentes sont plus à risque d'anémie par carence martiale, de menace d'accouchement prématuré. Par contre, les femmes âgées de 25-30 ans sont plus à risque de pré-éclampsie, d'hémorragie du post-partum et de césarienne. En ce qui concerne le nouveau-né de mère adolescente, on constate une augmentation de l'incidence de la prématurité, de la mortalité périnatale et des faibles poids de naissance.

Les principales complications médicales de la grossesse chez l'adolescentes sont surtout liées au suivi tardif de la grossesse et à de mauvaises habitudes hygiéno-diététiques (carences nutritionnelles, tabagisme et consommation de toxiques). [23]

Dans les pays industrialisés, les grossesses adolescentes sont surtout des grossesses à haut risque psycho-social du fait de la grande vulnérabilité de l'adolescente sur le plan social et sur le plan psychologique. [23]

La grossesse et la maternité à l'adolescence sont des facteurs d'isolement social et familial. Cela peut aboutir à des situations de pauvreté, d'exclusion et à des difficultés de santé avec notamment une augmentation du risque de dépression. [24] De plus, les grossesses précoces conduisent très souvent à une interruption de la scolarité, ce qui augmente le risque d'emploi sous-qualifié et précaire de la

mère. Le rapport Innocenti de 2001 permet de constater que dans douze pays de l'Union Européenne, près de 67% des jeunes femmes ayant donné naissance à un enfant entre 15 à 19 ans ont un niveau d'éducation inférieur au baccalauréat. [25]

Les grossesses à l'adolescence en majorité non désirées aboutissent fréquemment à une IVG, ce qui pose le problème des répercussions et des séquelles psychologiques ultérieures. [26]

Toutefois, toutes les grossesses à l'adolescence ne sont pas non désirées et «*la maternité des adolescentes, perçues comme socialement précoce, ne relève pas nécessairement d'un échec contraceptif et/ou d'une impossibilité de recourir à l'avortement*». [11] Les adolescentes issues de familles socialement et économiquement défavorisées sont plus exposées au risque de grossesse. La grossesse et la maternité peuvent être perçues par ces adolescentes, comme un moyen d'attirer l'attention de leur entourage ou d'obtenir une reconnaissance sociale. [27]

4. Conceptions différentes des politiques de prévention des grossesses adolescentes

Dans les pays industrialisés, l'orientation des politiques publiques visant à réduire les taux de grossesses à l'adolescence varie profondément. Cette orientation est fonction de la perception de la sexualité des jeunes. En France, une étude menée en 2004 par la Caisse nationale d'Allocations familiales permet de distinguer trois types de politiques de prévention selon le degré d'acceptation sociale de la sexualité adolescente. [2]

Dans le premier groupe, il s'agit de pays prônant la chasteté. La sexualité est réservée aux adultes et des programmes d'abstinence sexuelle sont mis en place dans les écoles ou véhiculés dans les médias.

Cette vision de la sexualité adolescente est très répandue aux USA où les dispositifs d'abstinence sexuelle ont été mis en place depuis la fin des années 1970. L'impact de cette politique de prévention semble de plus en plus

controversé et les subventions allouées aux programmes éducatifs d'abstinence sexuelle ont été supprimées du budget américain en 2010. [28]

Les Pays-Bas et surtout la Grande-Bretagne font partie du deuxième groupe où il existe une vision pragmatique de la sexualité adolescente avec une incitation à reculer l'âge du premier rapport sexuel. En Grande-Bretagne, jusqu'au milieu des années 1990, les politiques de prévention des grossesses adolescentes étaient basées sur une vision moralisatrice de la sexualité et les programmes d'éducation sexuelle « *encourageaient les élèves à prendre en compte les considérations morales ainsi que la valeur de la vie familiale* ». [3]

Un tournant a eu lieu avec l'arrivée au pouvoir des travaillistes en 1997. L'absence d'efficacité des politiques de répression amène à percevoir la sexualité des jeunes comme un mal inévitable qu'il faut accompagner. Suite au rapport de la Social Exclusion Unit en 1999, le gouvernement britannique met en place, au début des années 2000, des campagnes d'information destinées aux adolescentes pour lutter contre les rapports sexuels sous contrainte, développe les cours d'éducation sexuelle dans les écoles et la fourniture de moyens contraceptifs gratuits dans les structures scolaires. [29]

Dans le troisième groupe, « *les pouvoirs publics ne nient pas le droit des jeunes à la sexualité* », mais cherchent à permettre aux jeunes d'en contrôler les risques associés en mettant à leur disposition les moyens de contraception qui tiennent compte de leurs moyens financiers et de leur besoin de confidentialité. [2] Il s'agit de pays d'Europe scandinave et continentale, tels que la Suède, la France et la Suisse.

Dès 1975, les pouvoirs publics suédois abandonnent les programmes d'abstinence et développent des politiques de contraception et d'information. Les jeunes filles peuvent ainsi avoir accès gratuitement et sans autorisation parentale à l'IVG. Ces politiques vont favoriser l'utilisation de la contraception et permettront de réduire de 80% le taux de grossesses adolescentes dans les années 1980 [9]. En France, depuis le début des années 1990, les pouvoirs publics ont amélioré l'accès à la contraception et à l'IVG des adolescentes en autorisant l'allongement du délai à 12 semaines de grossesse et la suppression de l'autorisation parentale pour l'IVG. En 2000, la vente libre en pharmacie et la gratuité pour les mineures de la pilule du lendemain sont autorisées. [30]

En prenant en compte ces trois modèles différents de prévention des grossesses à l'adolescence, on constate que dans les pays, tels que la France et la Suède, où la sexualité des jeunes est socialement tolérée, les taux d'utilisation de la contraception par les adolescentes sont plus élevés et les taux de grossesses adolescentes sont plus faibles. [11]

5. Données manquantes sur ce sujet dans la littérature

On dispose de nombreuses publications nationales et régionales portant sur l'analyse des taux de grossesses ou sur les pratiques contraceptives des adolescentes. Ces études menées à différents niveaux de l'échelle géographique (locales, régionale, nationale) permettent d'établir un constat ou de mesurer les effets attendus de certaines réglementations mises en place.

On peut, par exemple, citer l'enquête menée en 2004-2005 auprès de 232 lycéens caennais et dont l'objectif était d'évaluer les taux d'utilisation et les connaissances des adolescents sur les dispositifs contraceptifs disponibles. [31] Cette enquête locale permet de dresser un état des lieux après les modifications législatives concernant l'allongement et la suppression de l'autorisation parentale pour l'IVG en France, en 2001. A partir de ces résultats, des recommandations pour améliorer la qualité de l'information sur la contraception destinée aux adolescents sont établies. Ces études donnent une indication locale ou régionale représentative d'une tendance sur le plan national. Elles conduisent ainsi à émettre des pistes de recherche dans le but d'améliorer la prise en charge actuelle.

Les collectes régulières des données nationales sur les pratiques sexuelles, contraceptives et abortives sont pourtant peu mises en parallèle avec les politiques nationales d'autres pays européens en matière de prévention et d'information sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents.

Cela s'explique par le fait que *« que ce soit sur la contraception ou sur l'avortement, les données sur les pratiques sont très difficiles à comparer tant en raison de la diversité des populations concernées que de l'hétérogénéité des sources d'observation »*. [11] Ainsi, les analyses comparatives les plus récentes

datent du début des années 2000. Les plus représentatives sont les études menées par l'Institut Alan Guttmacher en 2001 sur les grossesses adolescentes de cinq pays industrialisés (Canada, France, Grande-Bretagne, Suède, USA). [32]

En Europe, les études à visée comparative permettant d'analyser l'évolution des taux de grossesses adolescentes en y associant les différentes mesures préventives (contraceptives et abortives) sont donc peu nombreuses et peu récentes.

Dans ce contexte, il est difficile de cerner les raisons actuelles expliquant que certaines politiques de prévention sont mieux adaptées que d'autres.

6. But de l'étude

Notre travail a pour objectif de comparer l'évolution des taux de grossesses, de naissances et d'IVG chez les adolescentes de 15 à 19 ans et d'établir un état des lieux des politiques nationales existantes concernant les grossesses adolescentes dans trois pays d'Europe. Ces politiques publiques sont axées sur les dispositifs de prévention comprenant les programmes d'éducation à la sexualité et les mesures visant à informer ou à faciliter l'accès à la contraception et à l'IVG pour les adolescentes.

Il s'agit donc de confronter et d'analyser l'efficacité des stratégies mises en œuvre pour diminuer les taux de grossesses à l'adolescence dans trois pays d'Europe du Nord : la France, la Grande-Bretagne et la Suède.

La comparaison de ces trois pays, de niveau économique quasi-similaire mais différents quant à leur évolution historique, politique et sociale, permet de mieux appréhender les points communs et les différences dans leurs politiques de lutte contre les grossesses adolescentes.

Cette étude permet ainsi de comparer la situation de la France en matière de pratiques contraceptives et de grossesses chez les adolescentes avec :

- La Grande-Bretagne qui est un des pays d'Europe concerné en premier lieu par le phénomène des grossesses adolescentes avec un taux de naissances chez les adolescentes élevé.

- La Suède qui est l'un des pays scandinaves précurseur en matière de

politiques publiques de prévention des grossesses adolescentes et en matière de libéralisation sociale de la sexualité des adolescents.

Nous avons fait le choix de limiter notre étude à la période des quarante dernières années, c'est-à-dire depuis la légalisation de la contraception et de l'IVG. Cependant, nous nous attacherons principalement aux politiques mises en place ces vingt dernières années, lorsque la prise de conscience du phénomène des grossesses adolescentes s'est généralisée dans ces trois pays d'Europe.

Par notre étude, nous souhaitons confirmer l'idée communément admise qu'un accès élargi à la contraception et à l'IVG permettrait de diminuer le nombre de grossesses à l'adolescence en Grande-Bretagne, en France et en Suède.

Ainsi, dans la première partie de ce travail, nous avons défini la méthodologie de notre étude.

Nous avons, dans un deuxième temps, présenté les résultats de nos données statistiques.

Et enfin, nous avons discuté ces résultats avec les données disponibles sur ce sujet dans la littérature, puis nous avons évoqué des propositions et des pistes de recherches possibles en matière de prévention des grossesses adolescentes.

**MATERIELS
ET
METHODES**

Matériels et méthodes

1. Population

Cette étude comparative a été réalisée à partir d'enquêtes et de statistiques nationales datant de 1960 à 2012 en Grande-Bretagne, en France métropolitaine et en Suède. Nous nous sommes intéressés aux taux de grossesses et aux pratiques contraceptives chez les adolescentes de 15 à 19 ans.

2. Données utilisées

L'étude a concerné les grossesses ayant abouti à une naissance vivante ou à une IVG. Ont été exclues les grossesses ayant mené à une fausse couche spontanée, à une interruption médicale de grossesse et à la naissance d'un enfant né sans vie. Ceci en raison de l'absence de comptabilisation de certaines de ces données et du faible impact de leur inclusion dans les calculs des taux de naissances et de grossesses à l'adolescence. [33]

En raison des différences d'inclusions dans les statistiques concernant les naissances et les IVG chez les adolescentes, les données de l'Ecosse ont été exclues. Il a donc été admis dans cette étude que les statistiques concernant les taux de grossesses, de naissances et d'IVG en Angleterre et au Pays de Galles étaient représentatives des tendances nationales pour la Grande-Bretagne.

Le taux de grossesses, pour notre étude, correspondait donc au nombre total de grossesses menant à une naissance vivante ou à une IVG pour les femmes de 15 à 19 ans rapporté à la population moyenne de femmes appartenant à ce groupe d'âge pour chaque pays. Ce taux a été exprimé pour 1000 femmes.

L'IVG a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme le fait « *d'interrompre une grossesse avant que le fœtus ne soit viable* », à la demande d'une femme, pour des raisons non médicales. [34] Les IVG prises en compte ont été réalisées, selon le cadre légal de chaque pays, sur des femmes âgées de 15 à 19 ans résidant en Grande-Bretagne, en France métropolitaine ou en Suède. Il pouvait s'agir d'une méthode médicamenteuse ou chirurgicale effectuée dans un établissement de santé public ou privé, par un professionnel de santé. Pour être conforme aux conditions fixées par la loi, l'IVG a été pratiquée jusqu'à 28

semaines de grossesse à partir de 1967 et jusqu'à 24 semaines de grossesse à partir de 1990 en Grande-Bretagne. [5] En France, le délai légal pour une IVG était de 10 semaines de grossesse à partir de 1975 et jusqu'à 12 semaines de grossesse à partir de 2001. [7] En Suède, le délai est de 18 semaines de grossesse depuis 1975. [6] Dans ces trois pays, des bulletins d'IVG ont été complétés par les praticiens et collectés pour toutes les interruptions de grossesses.

Le recueil des données a été effectué auprès des organismes publics chargés de collecter ces bulletins et de publier annuellement les statistiques sur l'évolution des interruptions de grossesses. Il s'agissait de l'Office for National Statistics (ONS) pour la Grande-Bretagne, de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) pour la France et du Sveriges Officiella Statistik en Suède. [5] [6] [7]

Le taux d'IVG correspondait au nombre total d'IVG pour les femmes de 15 à 19 ans rapporté à la population moyenne de femmes appartenant à ce groupe d'âge pour chaque pays. Ce taux a été exprimé pour 1000 femmes.

Les données relatives au nombre de naissances vivantes chez les femmes de 15 à 19 ans ont également été obtenues à partir des enregistrements annuels effectués par l'ONS en Grande-Bretagne, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en France et du Sveriges Officiella Statistik en Suède. [4] [6] [8]

Ce taux a également été exprimé pour 1000 femmes de 15 à 19 ans et correspondait au nombre total de naissances vivantes pour les femmes de 15-19 ans rapporté à la population moyenne de femmes de ce même groupe d'âge.

Dans cette étude, les taux de grossesses ont été confrontés aux mesures politiques, légales et économiques instaurées dans chacun de ces trois pays et destinées à diminuer le nombre de grossesses non désirées.

On entendait par pratiques contraceptives, l'ensemble des procédés rendant un rapport sexuel non fécondant et ceci de façon réversible et temporaire. Toutes les méthodes irréversibles, comme la ligature des trompes et la vasectomie, ont donc été exclues de cette étude.

Afin d'évaluer les pratiques contraceptives chez les adolescentes, nous nous sommes basés sur des enquêtes nationales concernant la contraception et la sexualité :

- En Grande-Bretagne : « Opinions Survey Report No. 41 : Contraception and sexual Health. » [35]

Enquête menée en 2008-2009 par l'ONS. Dans cette enquête, il s'agissait de femmes de 16 à 19 ans, engagées ou non dans une relation hétérosexuelle et pouvant avoir un désir de grossesse. Plusieurs méthodes contraceptives pouvaient être citées.

- En France métropolitaine : Baromètre santé de 2010 (INPES). [36]

L'enquête a concerné des femmes de 15 à 19 ans en couple ou en relation amoureuse stable, excepté pour l'utilisation de la contraception d'urgence, n'ayant pas un désir de grossesse et de relation exclusivement homosexuelle. Lorsque plusieurs méthodes contraceptives étaient citées, la plus « sûre » a été retenue.

En Grande-Bretagne et en France métropolitaine, les questions sur l'utilisation d'un moyen de contraception et de la contraception d'urgence étaient sensiblement les mêmes. Ils s'agissaient des questions suivantes: « Actuellement, est-ce que vous ou votre partenaire utilisez un moyen pour éviter une grossesse ? Quelles sont les méthodes que vous et votre partenaire utilisez actuellement ? » et « Avez-vous utilisé la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois ? ». [35] [36]

- En Suède : « Specialrapport för Socialstyrelsen : Ungdomar och sexualitet » de 2010. [37]

Dans l'enquête suédoise, les adolescentes de 15 à 19 ans pouvaient ne pas être engagées dans une relation hétérosexuelle. La question sur l'utilisation de la contraception a été formulée de la façon suivante : « Avez-vous utilisé une protection lors de votre dernier rapport sexuel ? Si oui, laquelle? ». Celle portant sur l'utilisation de la contraception d'urgence a été : « Avez-vous utilisé la contraception d'urgence ? ».

RESULTATS

Résultats

1. Effets des politiques publiques sur l'évolution des taux de grossesses, de naissances et d'interruptions volontaires de grossesses

1.1. En Angleterre et au Pays de Galles [4] [5]

En 1960, le taux de naissances chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans s'élevait à 34‰ et correspondait à 51 534 naissances d'enfants nés vivants. La légalisation de l'avortement le 27 octobre 1967, entrée en vigueur en avril 1968, suivie de la libéralisation et de la gratuité de la contraception en 1974, ont été accompagnées par une stabilisation du taux de fécondité chez les adolescentes à la fin des années 1960, puis par une diminution de ce taux jusqu'au début des années 1980 (Figure 1). En 1983, on enregistrait 54 059 naissances d'enfants nés vivants de mères adolescentes âgées de 15 à 19 ans en Angleterre et au Pays de Galles. Cela correspondait à un taux de naissance de 26.9‰. Mais à partir de 1983, le nombre de naissances chez les adolescentes de 15-19 ans a augmenté jusqu'en 1990 (33,3‰). L'application de stratégies pour réduire le taux de grossesses adolescentes issues du rapport de la Social Exclusion Unit de 1999 a permis une diminution du nombre de naissances chez les adolescentes dès le début des années 2000. Le taux de naissances pour les adolescentes âgées de 15 à 19 ans est ainsi passé de 29,3‰ en 2000 à 21,2‰ en 2011.

Parallèlement à la baisse du taux de naissances à l'adolescence dans les années 1970, on a pu observer une augmentation du recours à l'IVG. En 1970, une grossesse sur six était interrompue alors qu'en 2010, une grossesse sur deux menait à une IVG. En 1969, on dénombrait 9233 IVG chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans soit un taux d'IVG de 5,6‰. Le taux d'IVG pour cette classe d'âge avait doublé en 1972 (14,9‰) et était quatre fois plus important en 1990 (23,4‰). La réduction du délai légal de recours à l'IVG de 28 semaines de grossesse à 24 semaines de grossesse en novembre 1990 s'est traduit par une diminution du nombre d'IVG pour les adolescentes de 15-19 ans au cours du début des années 1990 (Figure 1). Ainsi, le nombre d'IVG chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans a diminué de 27% en 5 ans, passant de 38 942 en 1990 à 28 215 en 1995.

Depuis 2007, on a constaté une baisse du nombre d'IVG effectuées dans la population d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans. En 2011, 33 923 IVG ont concerné des adolescentes de 15-19 ans résidants en Angleterre et au Pays de Galles, soit un taux d'IVG de 20%.

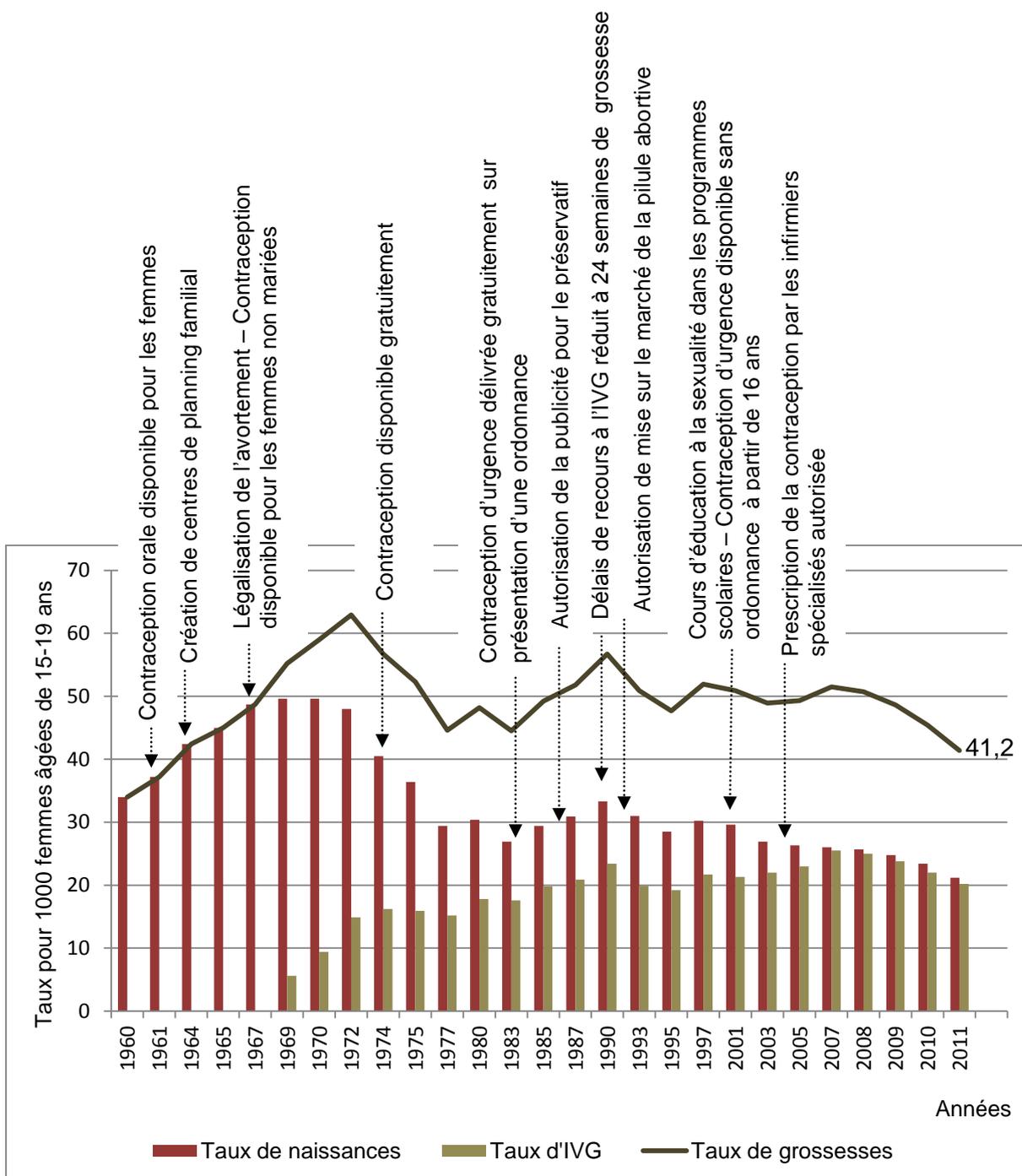


Figure 1 : Taux de naissances et d'IVG chez les adolescentes de 15-19 ans en fonction des politiques contraceptives en Angleterre et au Pays de Galles de 1960-2011.

1.2. En France métropolitaine [7] [8]

En 1960, le taux de naissances des adolescentes âgées de 15 à 19 ans était de 29,1‰. L'entrée en vigueur en 1972 de la loi du 28 décembre 1967 autorisant l'usage de la contraception en France ne s'est pas traduit par une baisse du nombre des naissances chez les adolescentes. Dès 1975, la proportion d'adolescentes donnant naissance à un enfant vivant va connaître une diminution importante avec le vote le 4 décembre 1974 de la loi permettant la libéralisation et le remboursement de la contraception par la sécurité sociale. La légalisation de l'IVG promulguée le 17 janvier 1975 a contribué également à cette baisse du taux des naissances. Le nombre de naissances enregistrées en France métropolitaine chez les adolescentes de 15 à 19 ans va décroître jusqu'en 1997. On passe ainsi d'un taux de naissances de 29,9‰ en 1975 à un taux de 8,3‰ en 1997. A partir de la fin des années 1990, on constate une augmentation modérée du nombre des naissances chez les adolescentes de 15 à 19 ans avec un taux de naissances de 9,4‰ en 2000. Des dispositions législatives ont donc été mises en place le 4 juillet 2001 pour réduire le nombre des naissances chez les mineures : le délai d'IVG a été prolongé de 10 à 12 semaines de grossesse et l'obligation du consentement parental a été remplacée par la présence d'une personne majeure. En 2011, le taux de naissances des adolescentes âgées de 15 à 19 ans s'élevait à 8‰ (Figure 2).

A partir de 1976, la diminution des taux de naissances chez les adolescentes de 15 à 19 ans est corrélée à la possibilité du recours à l'IVG. En 1976, 16 052 grossesses d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans étaient interrompues, soit un taux d'IVG de 7,6‰. Une baisse du taux d'IVG est ensuite observée entre 1980 et 1985. En effet, le nombre d'IVG pratiquées chez les femmes de 15-19 ans est passé de 21 785 en 1980 à 17 955 en 1985. De 1987 à 2005, une recrudescence du recours à l'IVG par les adolescentes de 15 à 19 ans est observée, malgré la délivrance sans ordonnance et gratuite de la contraception d'urgence pour les mineures en 2000 (Figure 2). Le taux d'IVG est ainsi passé de 9,4‰ en 1987 à 16,7‰ en 2005. Le taux d'IVG des adolescentes de 15 à 19 ans s'est stabilisé en France depuis le milieu des années 2000. En 2011, 14 femmes âgées de 15 à 19 ans sur 1000 ont effectué une IVG soit 27 000 femmes.

Au cours des années 1980, le nombre de grossesses chez les adolescentes de 15-19 ans a fortement diminué ce qui a conduit à une baisse du taux d'IVG. Cependant, la diminution du taux de naissances vivantes traduit un recours plus fréquent à l'IVG en cas de grossesse. Ainsi, en 1985, près d'une grossesse sur quatre aboutissait à une IVG. Depuis le début des années 2000, le taux de grossesses chez les adolescentes de 15 à 19 ans se stabilise (23,4 ‰ en 2011), tout comme la fréquence des IVG. Mais, le recours fréquent à l'IVG en cas de grossesse se confirme puisque près de 2/3 des grossesses sont interrompues en 2011 (Figure 2).

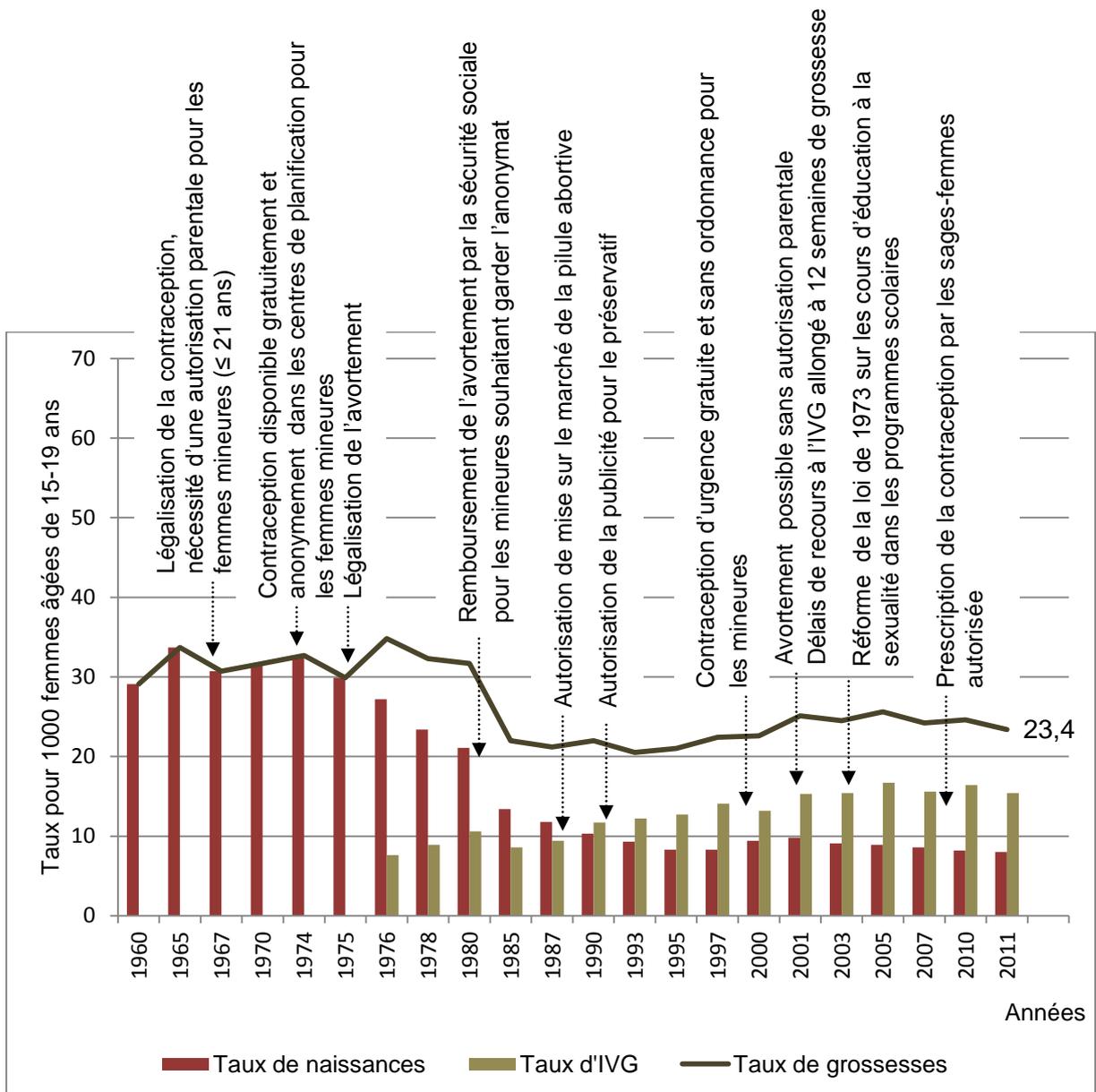


Figure 2 : Taux de naissances et d'IVG chez les adolescentes de 15 à 19 ans en fonction des politiques contraceptives en France métropolitaine de 1960-2011.

1.3. En Suède [10] [13]

En 1970, le taux de grossesses chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans s'élevait à 55,3‰. Durant cette même année, 43 adolescentes âgées de 15 à 19 ans sur 1000 avaient donné naissance à un enfant vivant et 12 adolescentes sur 1000 avaient interrompu leur grossesse (Figure 3).

En Suède, les amendements de 1946 et 1963 à la loi du 17 juin 1938 permettaient d'interrompre une grossesse pour des motifs socio-médicaux. La législation actuelle concernant l'IVG votée le 14 juin 1974 et appliquée le 1 janvier 1975, associée au subventionnement de la contraception orale en 1974, a contribué à la forte diminution du taux de naissances chez les adolescentes de 15 à 19 ans. Ainsi de 1970 à 1980, le taux de naissances a été divisé par deux, passant de 43‰ en 1970 à 16,6‰ en 1980. Le taux de naissances chez les adolescentes suédoises âgées de 15 à 19 ans, stable depuis le début des années 2000, était de 6‰ en 2011.

Malgré la légalisation de l'avortement en 1974, le taux d'IVG des adolescentes de 15-19 ans a chuté de 1976 à 1985. L'arrêt du remboursement de la contraception orale en 1985 s'est accompagné d'une hausse du recours à l'IVG chez les adolescentes à la fin des années 1980. Le nombre d'IVG a ainsi augmenté de près de 4% de 1985 à 1989. La réintroduction en 1989 par les municipalités suédoises du remboursement de la contraception pour les adolescentes a permis une baisse du taux d'IVG des adolescentes de 15-19 ans jusqu'en 1995. Le taux d'IVG est ainsi passé de 24,6‰ en 1990 à 16,9‰ en 1995. Le taux de recours à l'IVG chez les femmes de 15 à 19 ans a ensuite augmenté de manière progressive de 1995 à 2002, puis s'est stabilisé. En 2011, on enregistrait un taux d'IVG de 19,8‰ pour les adolescentes de 15 à 19 ans, soit une baisse de 5,3% de ce taux par rapport à l'année 2010 (Figure 3).

La création de cliniques pour les jeunes en 1970 et la réforme en 1977 des cours d'éducation à la sexualité dans les programmes scolaires enseignés depuis 1955, avaient pour objectif de réduire le nombre de grossesses à l'adolescence. L'effet de ces programmes de prévention a contribué à faire diminuer de moitié le taux de grossesses des adolescentes de 15-19 ans de 1975 (58,2‰) à 1985 (28,8‰). La diminution du taux de naissances chez les adolescentes, tandis que

le taux de grossesses adolescentes se stabilise, est expliquée par une propension plus grande à recourir à l'IVG en cas de grossesse. Ainsi, en 1980, une grossesse adolescente sur deux aboutissait à une IVG, alors qu'en 2011 trois grossesses sur quatre ont été interrompues chez les adolescentes âgées de 15-19 ans (Figure 3).

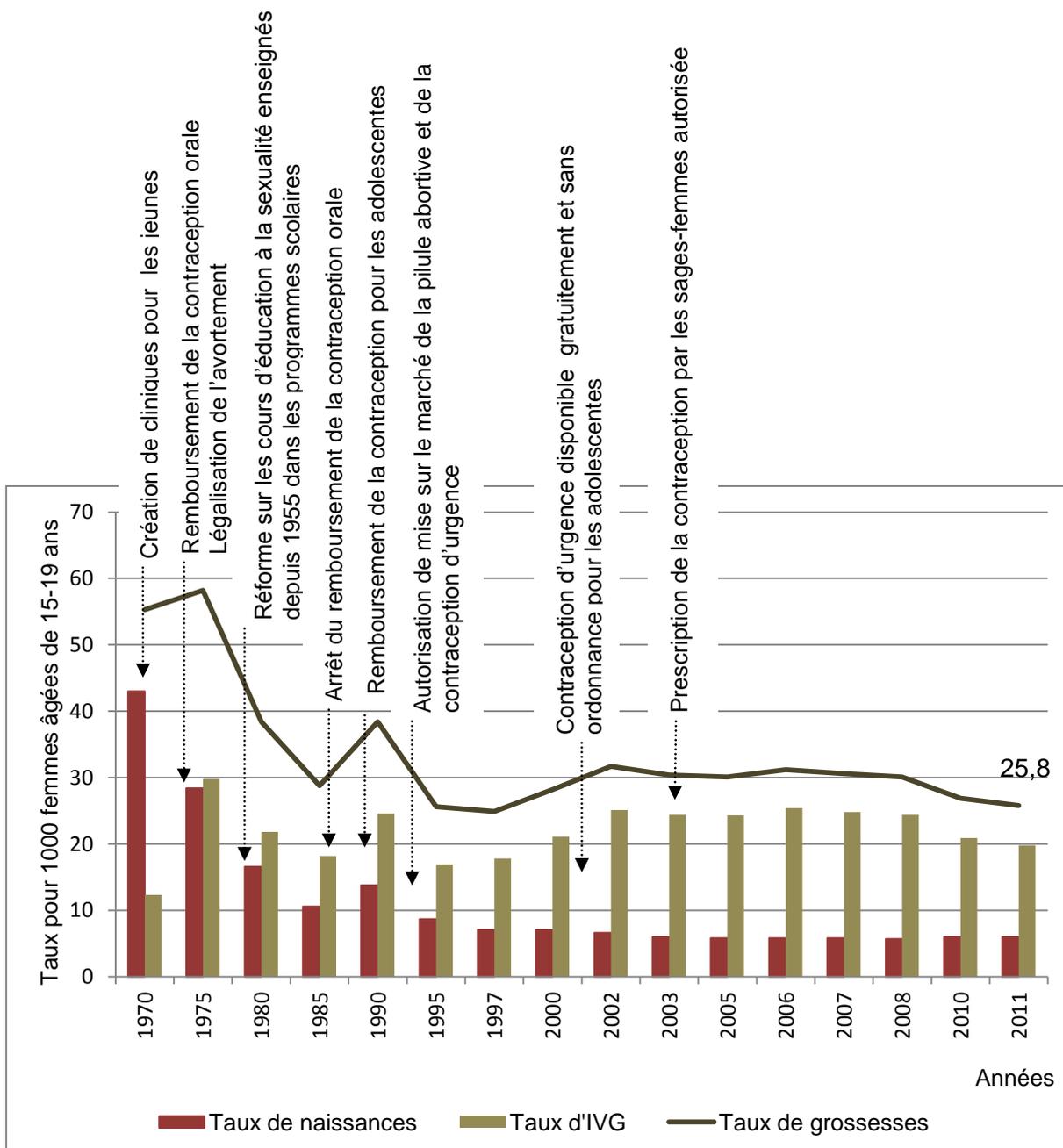


Figure 3 : Taux de naissances et d'IVG chez les adolescentes de 15 à 19 ans en fonction des politiques contraceptives en Suède de 1970-2011.

2. Pratiques contraceptives des adolescentes

2.1. Utilisation de la contraception par les adolescentes de 16 à 19 ans en Grande-Bretagne en 2008-2009 [35]

En Grande-Bretagne, l'enquête sur l'utilisation de la contraception avait été menée chez 60 adolescentes âgées de 16 à 19 ans pouvant avoir ou non un risque de grossesse. Les jeunes femmes ont été définies comme à « risque de grossesse » si elles avaient des relations sexuelles hétérosexuelles, si elles n'étaient pas enceintes ou n'étaient tributaires d'aucune méthode de stérilisation chirurgicale (elle-même ou leur partenaire). Ainsi, parmi les 60 adolescentes, 64% (n=38) étaient concernées par un risque de grossesse et 36% (n=22) n'avaient aucun risque de grossesse (Tableau I).

En 2008-2009, 43% (n=26) des adolescentes de 16 à 19 ans déclaraient n'utiliser aucune méthode de contraception.

Elles étaient 57% (n=34) à avoir eu recours à au moins une méthode de contraception.

Parmi 40 jeunes femmes de 16-19 ans utilisant au moins un moyen de contraception, le préservatif était le plus cité (65%, n=26) suivi par la pilule (54%, n=22).

En 2008-2009, 7% (n=3) des adolescentes avaient recours à l'implant, au patch, à l'injection ou à l'anneau contraceptif. Six pour cent des jeunes femmes de 16 à 19 ans (n=2) avaient utilisé les méthodes naturelles de contraception et 2% (n=1), le dispositif intra-utérin.

En 2008-2009, parmi 60 adolescentes âgées de 16-19 ans, 17% (n=10) avaient utilisé la contraception d'urgence au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête en Grande-Bretagne (Tableau II).

2.2. Utilisation de la contraception par les adolescentes de 15 à 19 ans en France métropolitaine en 2010 [36]

Dans l'échantillon du baromètre santé de 2010, 219 femmes concernées par un risque de grossesse et âgées de 15 à 19 ans ont été interrogées sur l'utilisation régulière d'un moyen de contraception (Tableau I).

Les statistiques sur le recours à la contraception d'urgence ont concerné 364 adolescentes de 15 à 19 ans déclarant être sexuellement actives au cours des douze derniers mois de l'enquête.

En 2010, 95% des adolescentes de 15 à 19 ans en couple ou déclarant une relation amoureuse stable et concerné par un risque de grossesse non prévue, ont déclaré utiliser une méthode contraceptive.

Elles étaient 5% à déclarer n'avoir aucun moyen de contraception.

La pilule était la méthode contraceptive la plus citée : 79% (n=173) des femmes de 15-19 ans y ont eu recours en 2010. Le préservatif était ensuite déclaré comme le principal moyen de contraception par 18,2% (n=40) des adolescentes. L'utilisation de l'implant, du patch, de l'injection ou de l'anneau contraceptif a concerné 2,8% (n=6) des jeunes femmes de 15 à 19 ans en 2010. Les méthodes naturelles de contraception et les dispositifs intra-utérins n'étaient pas utilisés comme méthode contraceptive par les adolescentes âgées de 15 à 19 ans en France métropolitaine.

En 2010, 20,5% (n=75) des adolescentes sexuellement actives au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, déclaraient avoir eu recours à la contraception d'urgence (Tableau II).

2.3. Utilisation de la contraception par les adolescentes de 15 à 19 ans en Suède en 2010 [37]

En Suède, 3224 femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ont été interrogées sur le moyen de contraception utilisé lors du dernier rapport sexuel en 2010 (Tableau I). Dans le groupe des jeunes femmes de 15 à 19 ans, 88% ont déclaré utiliser une méthode contraceptive et 12% n'avaient aucune méthode de contraception.

Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans avaient désigné à 45%, la pilule comme étant la méthode contraceptive utilisée lors de leur dernier rapport sexuel. Le préservatif avait ensuite été cité et parmi les 29% d'adolescentes ayant utilisé le préservatif, 4% déclaraient l'avoir associé à une autre méthode de contraception. Sept pour cent des adolescentes de 15-19 ans ont eu recours à l'implant, au patch, à l'injection ou à l'anneau contraceptif lors de leur dernier rapport sexuel. L'utilisation de méthodes naturelles de contraception a été déclarée par 6% des adolescentes de 15-19 ans en Suède.

Dans l'enquête de 2010, 42% des adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont eu recours à la contraception d'urgence en Suède. Elles étaient 30% à l'avoir utilisée une fois au cours de l'année précédent l'enquête et 12% ont déclaré l'avoir utilisée plusieurs fois (Tableau II).

Tableau I : Utilisation de la contraception par les adolescentes de 16 à 19 ans en Grande-Bretagne en 2008-2009 et par les adolescentes de 15 à 19 ans en France métropolitaine et en Suède en 2010.

| Méthodes contraceptives | GRANDE-BRETAGNE | FRANCE | SUEDE |
|-----------------------------------|-----------------|--------|-------|
| Dispositif intra-utérin | 2 % | 0 % | 0 % |
| Implant, Patch, Anneau, Injection | 7 % | 2,8 % | 7 % |
| Pilule | 54 % | 79 % | 45 % |
| Préservatif | 65 % | 18,2 % | 29 % |
| Méthodes naturelles | 6 % | 0 % | 6 % |

Tableau II : Recours à la contraception d'urgence des adolescentes de 16-19 ans en Grande-Bretagne en 2008/2009 et des adolescentes de 15 à 19 ans en France et en Suède en 2010.

| | GRANDE-BRETAGNE | FRANCE | SUEDE |
|-------------------------------------|-----------------|--------|-------|
| Au moins 1 fois au cours de l'année | 17 % | 20,5 % | 42 % |
| - Une seule fois | 14 % | 14,6 % | 30 % |
| - Plusieurs fois | 3 % | 5,9 % | 12 % |

DISCUSSION

Discussion

Depuis la fin des années 2000, en Angleterre et au Pays de Galles, les taux de grossesses et de naissances chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans diminuent. Ainsi, en 2011, le taux de grossesses s'élevait à 41,2‰ et le taux de naissances à 21,2‰ (Figure 1).

En France métropolitaine, le taux de grossesses à l'adolescence, stable depuis une dizaine d'années, était de 23,4‰ en 2011 (Figure 2). Près d'un tiers de ces grossesses adolescentes aboutissaient à la naissance d'un enfant vivant en 2011 (8‰).

En Suède, le taux de grossesses des adolescentes de 15-19 ans était de 25,8‰ en 2011 (Figure 3). La Suède présentait également le plus faible taux de naissances à l'adolescence (6‰ en 2011) par rapport à la France et à l'Angleterre et au Pays de Galles.

L'étude concernant l'utilisation de la contraception révèle que ce sont les adolescentes françaises âgées de 15 à 19 ans qui ont davantage recours à une méthode contraceptive (95%), puis les adolescentes suédoises (88%). En Angleterre et au Pays de Galles, seules 57% des adolescentes de 16-19 ans déclaraient utiliser une méthode contraceptive (Tableau I).

En ce qui concerne l'utilisation de la contraception d'urgence, son usage était plus répandu en Suède puisque 42% des adolescentes de 15-19 ans y avaient eu recours dans l'enquête de 2010 (Tableau II). Elles étaient 20,5% en France. En Angleterre et au Pays de Galles, 17% des femmes de 16-19 ans avaient utilisées la contraception d'urgence dans l'enquête de 2008-2009.

1. Discussion méthodologique

1.1. Limites et biais de l'étude

En France, on constate un sous-enregistrement dans le recueil statistique des bulletins d'IVG. On estime ainsi qu'en 2005, 19% des IVG n'ont pas donné lieu au remplissage d'un bulletin. [38] Cependant, il n'existe pas de consensus sur le niveau de sous-déclaration et sur le fait qu'elle s'applique de manière égale

entre les groupes d'âge. [38]

L'échantillon de l'étude sur la contraception en France métropolitaine ne comprenait que des femmes engagées dans une relation amoureuse stable, ce qui peut entraîner une sous-estimation du taux d'utilisation du préservatif. Ainsi, dans l'enquête Fecond de 2010 menée dans une population de femmes sexuellement actives, le taux d'utilisation du préservatif chez les femmes âgées de 15 à 19 ans a été estimé à 30,1%. [39]

En Grande-Bretagne, les limites de l'étude sur l'utilisation de la contraception des adolescentes de 16-19 ans sont la faible taille de l'échantillon (n=60) et la possibilité de citer plusieurs méthodes contraceptives, ce qui peut-être à l'origine d'une certaine imprécision dans les estimations des taux d'utilisation de la contraception [35]. De plus, contrairement aux enquêtes française et suédoise sur la contraception, le groupe d'âge interrogé ne comprenait pas les adolescentes âgées de 15 ans.

1.2. Forces et validité de l'étude

Notre étude est issue d'enquêtes et de statistiques nationales. Les données sur les femmes âgées de 15 à 19 ans ayant interrompu ou mené une grossesse sont donc représentatives à l'échelle nationale en Grande-Bretagne, en France et en Suède, ce qui permet la comparaison entre ces pays.

Dans notre étude, les taux de recours à l'IVG, en France, chez les adolescentes de 15-19 ans sont relativement fiables. En effet, l'étude menée en 2002 sur la qualité des données des bulletins d'IVG en France révèle que les informations recueillies dans les bulletins d'IVG sont représentatives de l'ensemble des IVG et que l'effet du sous-enregistrement des IVG est minime lorsque l'on étudie l'évolution du recours à l'IVG sur une longue période. [40]

Contrairement à l'analyse britannique, les enquêtes sur l'utilisation de méthodes contraceptives chez les adolescentes sont basées sur des échantillons représentatifs à l'échelle nationale pour la France et la Suède.

2. Discussion des résultats de l'étude

2.1. Tendances des taux de naissances à l'adolescence

Notre étude permet de mettre en évidence une diminution des taux de naissances à l'adolescence au cours des dix dernières années en France. En Angleterre et au Pays de Galles, la baisse de la fécondité chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans est observée depuis le début des années 2000. En Suède, le taux de naissances chez les adolescentes est relativement stable depuis le début des années 2000.

En 2011, le taux de naissances chez les adolescentes de 15-19 ans était plus élevé en Angleterre et au Pays de Galles (21,2‰) qu'en France (8‰). La Suède présentait le plus faible taux de naissances à l'adolescence puisqu'il s'élevait à 6‰ en 2011. Les études effectuant des comparaisons à l'échelle internationale ou européenne, sur l'évolution de la fécondité à l'adolescence confirment la faible incidence des naissances à l'adolescence en Suède et son importance en Grande-Bretagne. [9] [10] [32]

Au sein de ces trois pays d'Europe, il existe également d'importantes variations régionales et locales des taux de naissances à l'adolescence.

En Grande-Bretagne, les zones les plus défavorisées situées dans le nord-est de l'Ecosse et dans les centres-villes affichent les taux de grossesses et de naissances chez les adolescentes les plus élevés. Tandis que le taux de naissances des adolescentes est relativement faible dans le sud-est de l'Angleterre et dans la banlieue londonienne. [41]

En Suède, ce sont les régions rurales du nord du pays qui présentent le plus important taux de naissances à l'adolescence. [42]

En France, on ne dispose pas d'étude sur les variations géographiques des taux de naissances chez les adolescentes, mais l'on suppose qu'elles correspondent à « *la cartographie de l'exclusion et du chômage* ». [2] Les taux de naissances chez les adolescentes seraient donc plus élevés dans les zones rurales et les banlieues défavorisées.

Dans ces trois pays, on constate que se sont les régions les plus défavorisées et les zones rurales qui présentent les taux de naissances à l'adolescence les plus élevés. La survenue d'une grossesse à l'adolescence dans

des conditions socio-économiques défavorables peut être perçue comme une stratégie d'adaptation ou expliquée par un manque d'accès au soin. Cependant, les facteurs économiques n'expliquent pas à eux seuls le phénomène des grossesses adolescentes. Il faut aussi prendre en compte les facteurs culturels, familiaux et psychologiques.

2.2. Tendances des taux d'IVG à l'adolescence

Nous constatons que le nombre d'IVG pratiquées chez les adolescentes de 15-19 ans est en diminution depuis la fin des années 2000 en Angleterre et au Pays de Galles et en Suède. En France, le taux d'IVG chez les adolescentes se stabilise depuis le début des années 2000.

Notre étude révèle qu'en 2011, le taux d'IVG des adolescentes âgées de 15 à 19 ans était plus élevé en Angleterre et au Pays de Galles (20‰) qu'en Suède (19,8‰) et en France (14‰).

Cependant, le recours à l'IVG en cas de grossesse chez les adolescentes, est plus répandu en Suède (trois grossesses sur quatre sont interrompues) qu'en France (deux grossesses sur trois sont interrompues) et en Angleterre et au Pays de Galles (une grossesse sur deux est interrompue).

En Grande-Bretagne, l'IVG est totalement prise en charge par le National Health Service (NHS) pour les femmes âgées de moins de 20 ans. Le consentement parental pour les adolescentes de moins de 16 ans n'est pas obligatoire si le médecin juge que la jeune femme a une maturité suffisante pour comprendre les implications de sa décision. Dans le cas contraire, l'adolescente âgée de moins de 16 ans aura besoin du consentement d'une personne majeure. [43]

En France, la loi du 8 décembre 1982 régit la prise en charge de cet acte par la sécurité sociale. Si une personne mineure demande une IVG sous le secret, la présence d'une personne majeure est obligatoire et aucune demande de paiement ne sera faite. La loi de financement de la sécurité sociale du 17 décembre 2012 qui est entrée en vigueur le 31 mars 2013 instaure une prise en charge à 100% de l'IVG par l'assurance maladie aussi bien pour les femmes majeures que mineures. [44]

En Suède, depuis l'entrée en vigueur de loi autorisant l'IVG, le 1 janvier 1975, l'IVG est remboursée intégralement et un consentement parental n'est pas nécessaire pour les femmes mineures. [42]

Actuellement, les délais permettant d'effectuer une IVG varient dans ces trois pays d'Europe. Ainsi, l'IVG doit être réalisée avant la 12^{ème} semaine de grossesse en France, avant la 18^{ème} semaine en Suède et avant la 24^{ème} semaine en Grande-Bretagne.

On constate néanmoins que les IVG sont majoritairement réalisées avant la 10^{ème} semaine de grossesse dans ces trois pays.

En Grande-Bretagne, en 2011, 73% des IVG ont eu lieu entre 3 et 9 semaines et 2% au-delà de 20 semaines de grossesse chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. [5]

La même année en Suède, près de 83% des IVG étaient effectuées avant 10 semaines de grossesse chez les adolescentes de 15-19 ans. [13]

En France métropolitaine, en 2010, 71% des IVG étaient effectuées avant 10 semaines de grossesse pour les jeunes femmes âgées de moins de 20 ans. [7]

En Grande-Bretagne, en France et en Suède, de nombreuses études révèlent que la majorité des femmes âgées de moins de 20 ans et faisant une demande d'IVG, utilisaient une méthode contraceptive au moment du rapport fécondant. Le plus souvent, il s'agissait du préservatif ou de méthodes naturelles, l'absence de contraception était ensuite citée suivie de l'utilisation de méthodes de contraception médicale. [45] [46]

Cela confirme donc que les IVG sont principalement liées à des échecs de contraception plutôt qu'à une absence de contraception.

2.3. La contraception médicale

2.3.1. Inadéquation des méthodes

Notre étude met en évidence un taux de couverture contraceptive élevé en France métropolitaine et en Suède chez les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans, en 2010. En effet, la proportion d'adolescentes ayant une activité sexuelle et qui utilisait une méthode contraceptive est forte : 95% en France et 88% en Suède.

En Grande-Bretagne, 57% des jeunes femmes de 16-19 ans n'utilisaient pas de méthode contraceptive en 2008-2009. Le rapport de 2006-2007 sur l'utilisation de la contraception par 127 adolescentes de 16-19 ans confirme la faible prévalence contraceptive des adolescentes en Grande-Bretagne puisque 37% des adolescentes déclaraient n'utiliser aucune méthode contraceptive. [47]

Les grossesses non prévues à l'adolescence résultent d'une absence de contraception, mais aussi d'une observance non rigoureuse de méthodes contraceptives non adaptées au mode de vie des adolescentes.

La compréhension des circonstances de survenue des échecs contraceptifs menant à la survenue de grossesses non désirées à l'adolescence représente donc un enjeu important pour les politiques publiques.

Le préservatif, utilisé seul lors de la première année de la vie sexuelle chez les adolescentes de moins de 18 ans, a un taux d'échec de 14,5%. [48] Pourtant, le préservatif est le contraceptif le plus couramment utilisé lors du premier rapport sexuel dans ces trois pays. [16] D'après les résultats de notre étude, c'est également la méthode contraceptive la plus utilisée, lors du dernier rapport sexuel chez les adolescentes de 16-19 ans en Grande-Bretagne (65%).

Les contraceptifs oraux sont eux la principale méthode utilisée lors du dernier rapport sexuel chez les adolescentes en France (79%) et en Suède (45%). Cependant, la gestion quotidienne d'une contraception orale, difficile à l'adolescence, induit des problèmes d'observance nuisant à l'efficacité contraceptive de la pilule.

De plus, l'utilisation du préservatif n'est que de courte durée et la transition vers une contraception orale ne s'effectue pas de manière satisfaisante. Ainsi, une étude menée aux USA de 1991 à 2001, chez des femmes âgées de 15 à 17 ans, a révélé que le pourcentage de grossesses attribuables à un changement de contraception était de 47,3%. [48]

Or, il a été prouvé que l'utilisation simultanée et constante du préservatif et de la pilule contraceptive, appelée « double protection » ou « double dutch », permet de diminuer le nombre de grossesses non désirées à l'adolescence, ainsi que le risque d'infections sexuellement transmissibles. [49] [50] Le taux d'échec calculé de l'utilisation conjointe du préservatif et de la pilule au cours de la première

année de la vie sexuelle chez des adolescentes âgées de moins de 18 ans, est de 1,1%, donc très faible. [48]

En Suède, la double protection associant préservatif et pilule contraceptive a augmenté au fil du temps chez les adolescentes, alors que l'utilisation du préservatif seul n'a pas augmenté. [51]

Dans l'enquête Fecond de 2010, en France, 18,8% des femmes de 15-19 ans utilisaient le préservatif en association avec la pilule. [39] Les messages sur la nécessité d'une double protection sont très peu passés, puisque que l'on constate une augmentation de l'utilisation du préservatif et une stabilisation de l'usage de la pilule chez les adolescentes depuis la fin des années 2000. [36] [39]

Une étude réalisée en 1999 auprès de jeunes femmes âgées de 13 à 25 ans fréquentant une clinique de planification familiale à Manchester, révèle que 22% des utilisatrices de la pilule contraceptive utilisaient également le préservatif. [52] Le message sur la double protection est de plus en plus répandu chez les adolescentes en Grande-Bretagne et l'utilisation de la pilule augmente pour cette tranche d'âge. [35] [47]

2.3.2. Obstacles à une contraception efficace

➤ Financier

Les résultats de notre étude montrent que l'utilisation de méthodes hormonales telles que l'implant, le patch, l'anneau ou l'injection contraceptive avait été mentionnée par 7% des adolescentes en Grande-Bretagne et en Suède. En France, les adolescentes ont moins recours à ces méthodes hormonales puisque seulement 2,8% des adolescentes de 15-19 ans les utilisaient.

En Grande-Bretagne, en France et en Suède, on constate un faible recours aux méthodes contraceptives hormonales dites « modernes ». Pourtant, ces méthodes ont une longue durée d'action, ce qui diminue considérablement les problèmes d'observance chez les adolescentes. Malgré le haut niveau de couverture contraceptive dans ces trois pays, un des principaux obstacles à l'utilisation d'une contraception efficace est donc constitué par son coût. Ce choix

non fondé sur les besoins personnels et le mode de vie des adolescentes nuit ainsi à la prévention des grossesses non désirées.

En Grande-Bretagne, toutes les méthodes contraceptives sont remboursées intégralement par le NHS sur prescription médicale. Les préservatifs peuvent être achetés en grande surface ou en pharmacie et sont également disponibles gratuitement dans les centres de planning familial et les écoles secondaires. [43]

En France, depuis le 31 mars 2013, les adolescentes de 15 à 18 ans peuvent obtenir gratuitement en pharmacie sur présentation d'une ordonnance et de la carte vitale de leurs parents, les pilules oestroprogestatives de première ou de deuxième génération, certaines pilules progestatives, le dispositif intra-utérin et l'implant contraceptif. Ces méthodes sont également accessible gratuitement et anonymement dans les Centres de Planification et d'Education Familial (CPEF). [53] Le patch contraceptif et l'anneau vaginal sont délivrés en pharmacie sur prescription et ne sont pas remboursés par l'assurance maladie. Le coût total annuel moyen (prescription, biologie médicale, suivi) restant à la charge de la patiente est de 176 € pour le patch et 200 € pour l'anneau vaginal. Le coût moyen à l'unité du préservatif masculin est de 0,60 € et celui du préservatif féminin est de 2,79 €. [54] Ils sont aussi accessibles gratuitement dans les CPEF, les lycées et dans de nombreuses associations. [53]

En Suède, des différences importantes existent entre les comtés en termes de remboursement des différentes méthodes contraceptives. Ainsi, depuis 1989-1993 pour les femmes âgées de moins de 19 ou 24 ans, certains comtés offrent le remboursement intégral de toutes les méthodes contraceptives tandis que d'autres ne subventionnent que la contraception orale. [42] [55]

Dans les comtés ne remboursant pas intégralement toutes les méthodes contraceptives, la pilule est en moyenne subventionnée à 75% soit 7 à 29 € à l'année, le coût annuel moyen de l'implant est de 25 €, celui de l'anneau vaginal est de 153 € et celui du patch contraceptif est de 136 €. Le coût annuel moyen du dispositif intra-utérin au cuivre s'élève à 3 € et à 23 € pour le dispositif intra-utérin hormonal. Le préservatif masculin est disponible sans ordonnance en pharmacie, sur internet et en grandes surfaces, au prix moyen à l'unité de 0,45 €. Le préservatif féminin coûte 2,96 € à l'unité. [56]

➤ Confidentialité

En Grande-Bretagne, la prescription de contraception est possible, sans consentement parental, pour les adolescentes âgées de moins de 16 ans. Les conditions appelées « Fraser Guidelines » ont été définies en 1986 et s'appuient sur la preuve d'une maturité suffisante de l'adolescente pour prendre une décision et comprendre les implications de cette décision. [57] Cependant, l'étude de Garside et al. a révélé que 76% des médecins traitants préféraient que les parents soient informés lorsqu'une adolescente âgée de moins de 16 ans consultait pour sa contraception. [58] Une autre étude atteste que 15% des médecins traitants refusent de recevoir une adolescente de moins de 16 ans pour la prescription de contraception sans sa mère. [59]

Dans ce contexte, le recours au médecin traitant pour la prescription de contraception diminue alors que la fréquentation des centres de planning familial par les adolescentes augmente [60]. Ainsi, en 2008-2009, 27% des femmes âgées de 16 à 19 ans ont consulté dans les centres de planning familial afin d'obtenir des services contraceptifs et 25%, leur médecin traitant. [35]

En France, les circuits de remboursement de la contraception ne garantissent pas un respect de la confidentialité pour les mineures. En effet, les personnes mineures dépendent majoritairement de la couverture sociale de leurs parents même si selon l'article 24 de la loi du 4 juillet 2001, « *le consentement des titulaires de l'autorité parentale, ou le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures* ». [44] Il reste tout de même le problème du coût de la consultation contraceptive et le fait qu'elle puisse figurer sur le relevé de la caisse primaire d'assurance maladie des parents. [30] La nécessité de consulter un médecin pour pouvoir bénéficier d'une prescription de contraception est un frein partiellement remédié par l'offre des CPEF.

Les CPEF ont une mission d'information à la sexualité et peuvent délivrer de manière gratuite et anonyme une contraception aux mineures depuis la loi du 4 décembre 1974. En France métropolitaine, en 2012, on estimait qu'il y avait 64,1 CPEF pour 100 000 femmes âgées de 15-19 ans. Cependant, les CPEF ne sont pas répartis de façon homogène sur le territoire, puisque les zones rurales et périurbaines sont moins bien dotées que les zones urbaines. Ainsi, en Ile de

France, on comptait 97,3 CPEF pour 100 000 adolescentes alors qu'en Pays de Loire on ne comptait que 30,4 CPEF pour 100 000 adolescentes âgées de 15-19 ans. [54] En France, on ne connaît pas de façon précise la fréquentation des CPEF depuis l'arrêt de publication en 1994 de rapports nationaux sur l'activité de ces structures. Cependant, de nombreuses études soulignent que les adolescents français ne connaissent pas bien les missions des CPEF et les fréquentent donc peu. [30]

En Suède, les premières cliniques pour les jeunes ont été ouvertes en 1970. Elles accueillent des jeunes âgés de moins de 23-25 ans et ont pour objectif de prévenir les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles. Il existe près de 240 cliniques pour jeunes en Suède qui permettent d'accéder gratuitement et anonymement à des services de contraception sans nécessiter l'accord des parents. Il est toutefois commun que la sage-femme ou le médecin prescrivant la contraception essaie de convaincre l'adolescente d'en informer ses parents. Ainsi, de nombreuses adolescentes expriment un doute sur la confidentialité du secret médical. [61]

De plus, l'installation et la disposition de ces cliniques ne sont pas réglementées au niveau national, mais dépendent des municipalités et des comtés. Cela pose donc des problèmes d'accessibilité, car l'offre des cliniques pour les jeunes n'est pas uniforme sur tout le territoire suédois. En effet, ces centres sont principalement situés dans les grandes villes, alors qu'il en existe très peu dans les zones moins urbanisées ou rurales. [42] [61]

Dans ces trois pays, la localisation de ces centres nécessite de concilier facilité d'accès et discrétion.

Il apparaît également nécessaire de mieux informer les jeunes sur l'existence des centres de planifications et les prestations qu'ils offrent. Il s'agit d'un enjeu important en matière de prévention des grossesses non désirées puisque cela contribue à l'amélioration de la couverture contraceptive des adolescentes.

➤ Manque d'informations sur la sexualité et la contraception

Les résultats de notre étude montrent que le recours au dispositif intra-utérin est peu ou pas répandu dans ces trois pays. Ainsi, aucune adolescente n'utilisait cette méthode de contraception en 2010 en France et en Suède, alors que seulement 2% des adolescentes déclaraient utiliser le dispositif intra-utérin en 2008-2009, en Grande-Bretagne.

Pourtant, il s'agit d'une méthode contraceptive efficace et sûre qui présente une longue durée d'action. L'OMS a d'ailleurs précisé en 2005 que l'utilisation du dispositif intra-utérin peut être proposée aux nullipares même jeunes.

Une étude menée en 2012 auprès de 72 lycéennes caennaises a prouvé que la raison principale de la sous utilisation du dispositif intra-utérin chez les adolescentes est avant tout due à la mauvaise réputation de ce moyen de contraception dans la population générale. [62] La majorité des adolescentes craignaient les effets secondaires (douleurs à la pose), le risque infectieux et le risque d'infertilité.

L'étude de Whitaker menée aux USA révélait que 37,5% des jeunes femmes âgées de 19 à 24 ans avaient une vision positive du dispositif intra-utérin. Après une explication de trois minutes, elles étaient 53,5% à être intéressées par cette méthode. [63]

Ces données sont donc la preuve que les jeunes femmes ne sont pas suffisamment informées sur ce moyen de contraception et qu'une information fiable permettrait une plus large diffusion de cette méthode en levant les craintes principales.

En ce qui concerne la prévention des grossesses non désirées à l'adolescence, l'éducation à la sexualité par le biais de l'école a un rôle essentiel. Elle garantit l'accès à l'information sur la sexualité et la contraception pour tous les jeunes.

Ainsi, l'étude de Howard et McCabe menée aux USA révèle que chez les adolescentes ayant bénéficié de cours d'éducation à la sexualité, le taux de naissances était plus faible grâce à un plus grand usage de la contraception. [64] De plus, les cours d'éducation à la sexualité n'encourageaient pas les rapports sexuels précoces et n'augmentaient pas l'activité sexuelle.

En 1955, la Suède est devenue le premier pays européen à introduire des cours d'éducation à la sexualité obligatoire dans toutes les écoles. Cet enseignement effectué durant les neuf années d'étude (7-16 ans), transmet des informations sur la santé génésique, l'anatomie, les orientations sexuelles, les IST, l'IVG et la contraception. [42] [61]

En France, le ministère de l'Education Nationale, au travers de la circulaire du 23 juillet 1973, instituait des cours d'éducation à la sexualité. La loi du 4 juillet 2001 suivie de la circulaire du 17 février 2003 a renforcé cet enseignement en rendant obligatoire trois séances annuelles dans les écoles, les collèges et les lycées. Mais, la mise en œuvre de ces cours d'éducation à la sexualité est inégalement et partiellement appliquée. Ces cours d'éducation à la sexualité ont pour objectif d'établir un lien avec les programmes relatifs à la reproduction, à la contraception et aux IST. [31]

En Grande-Bretagne, la loi sur l'éducation de 1996 et la loi sur l'apprentissage et les compétences de 2000 stipulent que les cours d'éducation à la sexualité sont facultatifs pour les élèves du primaire et obligatoires pour les élèves du secondaire (14-16 ans). Ils ont pour objectif d'informer sur les aspects biologiques de la puberté, la reproduction, les IST et la contraception, tout en encourageant les élèves à « *tenir compte des considérations morales et familiales* ». [3] [43]

Malgré l'instauration de cours d'éducation à la sexualité dans ces trois pays, on constate que seules les adolescentes suédoises citent l'école comme principale source d'information en matière de contraception. [37] En Grande-Bretagne et France, les parents sont la principale source d'information en matière de sexualité et de contraception. [31] [65]

Une éducation à la sexualité commencée tôt et dispensée par des personnes qualifiées apparaît comme une condition essentielle pour prévenir les grossesses non désirées et les relations sexuelles non protégées. La diversification de sources d'informations fiables sur la contraception et la sexualité pour les adolescents (centres de planning familial, campagnes d'informations publicitaires) a également un rôle non négligeable.

2.4. Connaissances sur la contraception d'urgence

Dans notre étude, 42% des adolescentes suédoises âgées de 15 à 19 ans ont utilisé la contraception d'urgence en 2010. En France, les adolescentes de 15-19 ans ont eu deux fois moins recours à la contraception d'urgence en 2010 qu'en Suède (20,5%). En Grande-Bretagne, 17% des adolescentes âgées de 16 à 19 ans avaient utilisé la contraception d'urgence en 2008-2009.

Dans ces trois pays, l'utilisation de la contraception d'urgence chez les jeunes femmes de 15-19 ans est principalement liée à une mauvaise utilisation du préservatif. La deuxième cause expliquant le recours à la contraception d'urgence est l'oubli de pilule. L'absence de contraception est ensuite citée. [30] [35] [37]

En Grande-Bretagne en 2008-2009, 88% des adolescentes de 16-19 ans connaissaient la contraception d'urgence hormonale et 55% étaient informées que le dispositif intra-utérin peut-être utilisé comme contraception d'urgence. [35]

La contraception d'urgence hormonale avec prescription médicale a été autorisée à la vente en octobre 1984, puis la vente libre sans ordonnance pour les femmes à partir de 16 ans en janvier 2001. La contraception d'urgence peut être obtenue gratuitement et sans ordonnance pour les adolescentes de plus de 16 ans, dans les centres de planning familial, dans les pharmacies et par les infirmières scolaires. [43]

Si l'on compare les résultats de l'enquête de 2003-2004 sur l'utilisation de la contraception d'urgence aux données de notre étude, on constate une augmentation de la proportion d'adolescentes de 16-19 ans ayant utilisé la contraception d'urgence entre 2003-2004 (13,5%) et 2008-2009 (17%). [66]

En France, selon le baromètre santé de 2010, 100% des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans connaissaient l'existence de la contraception d'urgence, mais seulement 23,6% ont connaissance du délai maximal d'efficacité de 72 heures. [36] Le nombre de boîtes de contraception d'urgence délivrées gratuitement aux mineures en pharmacie est en constante augmentation depuis la loi du 13 décembre 2000 permettant la délivrance gratuite pour les mineures sur simple déclaration orale faite au pharmacien (plus de 305 763 boîtes en 2009). Mais, une enquête réalisée par le service de gynécologie du CHU de Nice en 2006 dans 53 pharmacies de Nice fait état de procédures non conformes avec la

réglementation. En effet, un tiers des pharmacies ont demandé la présentation d'une pièce d'identité et 37,7% des pharmacies ont refusé la délivrance gratuite pour une mineure. Le principal motif de refus de délivrance était pour 85% une demande de paiement. [67]

La demande de contraception d'urgence auprès des infirmières scolaires, possible depuis la loi du 13 décembre 2000, est restée minoritaire et stable depuis 2002. Le baromètre santé de 2005 révélait que 3,4% des adolescentes de 15-17 ans avaient obtenu la contraception d'urgence par l'infirmière scolaire. [30]

La délivrance gratuite de la contraception d'urgence pour les étudiantes au sein des services de médecine préventive et de promotion de la santé a été renforcée avec le décret du 24 juillet 2012.

En Suède, une étude menée en 1999 auprès de 408 élèves d'un lycée suédois a montré que 79,7% des adolescents interrogés connaissaient la contraception d'urgence, 78,3% savaient où ils pouvaient se la procurer et 38,8% étaient au courant des délais d'efficacité. [68] La pilule contraceptive d'urgence est devenue disponible sans ordonnance, à partir de 2001. Ainsi, en 2004, 82% des ventes de contraception d'urgence en pharmacie étaient faites sans prescription préalable. [45] La contraception d'urgence peut également être fournie par les centres de jeunesse et les hôpitaux. Le rapport de 2010 sur la sexualité des adolescents atteste que le nombre d'adolescentes utilisant la contraception d'urgence au moins une fois au cours de l'année est en constante augmentation depuis 2001. [37]

En 2008, une étude randomisée a été menée pendant un an, en Suède, chez des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans consultant dans un centre de planning pour la contraception d'urgence. Elle avait pour objectif d'évaluer l'effet de fournir à l'avance, trois semaines après la première consultation au centre de planning, une pilule supplémentaire de contraception d'urgence. Cette étude a mis en évidence une diminution du délai moyen entre le rapport sexuel non protégé et la prise de contraception d'urgence, sans augmentation de prise de risque sexuel et sans diminution de l'utilisation de la contraception. [69]

En Grande-Bretagne, en France et en Suède, on constate que le recours à la contraception d'urgence est resté stable, mais que la proportion d'adolescentes ayant demandé la contraception d'urgence sans ordonnance a augmenté depuis

la légalisation de la vente libre de la contraception d'urgence dans ces trois pays. La diffusion de la contraception d'urgence n'a pas entraîné une modification des pratiques contraceptives régulières puisque le recours à la contraception médicale a augmenté chez les adolescentes, depuis le début des années 2000.

Les résultats de notre étude soulignent aussi le fait que malgré un accès facilité à la contraception d'urgence, on observe une relative stabilité des taux d'IVG chez les adolescents de 15-19 ans dans ces trois pays d'Europe.

3. Synthèse et perspectives

La prévention des grossesses chez les adolescentes est un point essentiel des politiques de santé publique en Grande-Bretagne, en France et en Suède. Les données de notre étude mettent en évidence l'influence du contexte social et culturel sur l'évolution des politiques visant à réduire les taux de grossesses adolescentes.

En Suède, l'acceptation sociale de la sexualité adolescente, depuis les années 1960, se traduit par un fort recours à l'IVG en cas de grossesse.

En Grande-Bretagne, la prise de conscience du phénomène des grossesses adolescentes est récente. L'application de stratégies issues du rapport de la Social Exclusion Unit en 1999 a permis une diminution du taux de naissances à l'adolescence à partir des années 2000. Toutefois, ce taux reste deux fois plus important qu'en France. La France occupe d'ailleurs une position intermédiaire entre la Grande-Bretagne et la Suède en ce qui concerne le nombre de naissances chez les adolescentes.

Les politiques publiques visant à favoriser la tolérance vis-à-vis de la sexualité des adolescents en assurant une bonne diffusion de l'information sur la contraception et la sexualité, par des filières diversifiées, permettent une diminution des taux de naissances à l'adolescence.

L'éducation à la sexualité est donc essentielle et doit être faite dès le plus jeune âge par du personnel qualifié. De plus, les programmes de prévention des grossesses à l'adolescence nécessitent une mobilisation collective impliquant de façon coordonnée les professionnels de santé, de l'éducation et les parents.

Malgré une bonne diffusion de la contraception et un accès facilité à la contraception d'urgence, le nombre d'IVG chez les adolescentes se stabilisent en France et en Suède. Le recours à l'IVG chez les adolescentes ne remet pas uniquement en cause l'absence de contraception. Il traduit également une inadéquation des méthodes et des pratiques contraceptives non adaptées au mode de vie des adolescentes.

En effet, notre étude permet de mettre en évidence la forte prédominance de la contraception hormonale orale qui induit des problèmes d'observance, dans ces trois pays.

Le dispositif intra-utérin est une méthode contraceptive fiable et relativement peu coûteuse. Pourtant, son usage est très peu répandu en Grande-Bretagne, en France et en Suède. Cela s'explique par le manque d'informations claires et la diffusion d'idées erronées sur cette méthode.

La gratuité de l'ensemble des méthodes contraceptives n'est donc pas une politique de santé publique suffisante pour diminuer le taux de grossesses à l'adolescence. Il apparaît également nécessaire de mettre en place une évolution des pratiques et des comportements en matière de contraception en incitant sur l'utilisation d'une « double protection » en début de vie sexuelle, en promouvant l'utilisation de méthodes contraceptives de longue durée non soumises aux problèmes d'observance (dispositif intra-utérin, implant contraceptif) et en encourageant la délivrance anticipée de la contraception d'urgence.

Les centres de planification qui garantissent un accès anonyme et gratuit à la contraception pour les adolescentes souffrent en France d'un manque de visibilité. Un effort d'information auprès des adolescentes sur l'existence de ces centres et les prestations qu'ils offrent, doit être réalisé. Pour cela, le développement de réseaux centres de planification-école est certainement à envisager.

Nous avons donc montré dans ce travail que les politiques publiques agissent de manière significative sur l'évolution des taux de naissances à l'adolescence en favorisant le recours à l'IVG en cas de grossesse dans ces trois pays. L'absence et le mauvais usage des méthodes contraceptives semblent le

plus souvent à l'origine d'une grossesse à l'adolescence.

Il faut, toutefois, modérer nos conclusions, car une analyse psychologique et socio-démographique menée dans ces trois pays permettrait de mieux percevoir l'importance et de comprendre les motifs de survenue de grossesses désirées à l'adolescence. En effet, toutes les grossesses à l'adolescence ne s'expliquent pas seulement par un manque de connaissances sur les méthodes contraceptives.

Les facteurs sociaux jouent également un rôle prépondérant dans la survenue de grossesses à l'adolescence. Ainsi, les données sociologiques et psychologiques attestent de l'existence d'une valorisation de la maternité pour certaines adolescentes issues de milieux socio-économique défavorisés ou ayant ressenti des carences affectives durant l'enfance. La grossesse est alors perçue par ces adolescentes comme une perspective viable pour échapper à l'échec scolaire et avoir une fonction sociale.

Il existe également des grossesses dites « culturelles » chez des adolescentes d'origine étrangère. La grossesse, programmée par le couple, est perçue comme un rituel de passage entre l'enfance et l'âge adulte.

Ces quelques facteurs permettent de comprendre qu'il existera toujours des grossesses à l'adolescence et que le rôle des politiques de santé est de permettre d'éviter les grossesses non désirées à cet âge de la vie.

CONCLUSION

Conclusion

La prévention des grossesses à l'adolescence est un enjeu important des politiques de santé publique en Grande-Bretagne, en France et en Suède. L'efficacité des stratégies mises en œuvre pour diminuer le taux de grossesses à l'adolescence est fonction de la reconnaissance de la sexualité à cette période de la vie.

Les résultats de notre étude confirment l'idée qu'un accès élargi à la contraception et à l'IVG contribue à la diminution du nombre de naissances chez les adolescentes.

Ainsi, le faible taux de naissances chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans en Suède coïncide avec un recours important à l'IVG en cas de grossesses.

La Grande-Bretagne présente les taux les plus élevés de grossesses et de naissances chez les adolescentes de 15-19 ans. La mise en place de mesures facilitant l'information et l'accès à la contraception au début des années 2000, a tout de même permis une diminution du taux de naissances chez les adolescentes.

La France se situe dans une position intermédiaire en ce qui concerne le nombre de grossesses et de naissances chez les adolescentes de 15 à 19 ans malgré une large couverture contraceptive.

La forte utilisation de la pilule contraceptive par les adolescentes dans ces trois pays, pose le problème de l'importance des échecs contraceptifs liés à des problèmes d'observance et traduit une méconnaissance de certaines méthodes contraceptives de longue durée (dispositif intra-utérin, implant contraceptif).

La diffusion d'une information claire sur la sexualité et sur la contraception auprès des adolescentes est indispensable. Elle doit se faire en associant davantage les professionnels de l'éducation par le biais des cours d'éducation à la sexualité et les professionnels de santé des centres de planification.

L'accès à une information de qualité sur la sexualité et la contraception contribue ainsi à une meilleure implication des adolescentes dans le choix de leur contraception et donc à une réduction du nombre de grossesses non désirées à l'adolescence.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

- [1] Davie E. Un premier enfant à 28 ans. Insee Premiere. 2012 Oct ; 1419 : 1-4.
- [2] Daguerre A, Nativel C. Les maternités précoces dans les pays développés : problèmes, dispositifs, enjeux politiques. Dossiers d'étude. 2004 Fév ; 23 : 1-48.
- [3] Daguerre A. Les grossesses adolescentes en France et en Grande-Bretagne : un phénomène dérangerant pour les pouvoirs publics. Informations sociales. 2010 Jan-Fév ; 157 : 96-102.
- [4] Office for National Statistics. (consulté en septembre 2013). Conception Statistics, England and Wales, [en ligne]. <http://www.ons.gov.uk/>
- [5] Department of Health. (consulté en septembre 2013). Abortion statistics, England and Wales, [en ligne]. <https://www.gov.uk/>
- [6] Sveriges officiella statistik. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn: Medicinska födelseregistret 1973–2011 [en ligne]. Mars 2013, [consulté en septembre 2013]. Disponible sur internet : <http://www.socialstyrelsen.se/-Lists/Artikelkatalog/Attachments/19033/2013-3-27.pdf>
- [7] DREES. (consulté en septembre 2013). Les bulletins statistiques d'interruptions volontaires de grossesses, [en ligne]. <http://www.drees.sante.gouv.fr/>
- [8] INSEE. (consulté en septembre 2013). Naissances – Fécondité, [en ligne]. <http://www.insee.fr/>
- [9] Commission européenne. Rapport sur l'état de santé des jeunes dans l'Union Européenne [en ligne]. Février 2000, [consulté le 21 septembre 2013]. Disponible sur internet : http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/ke01_fr.pdf
- [10] Singh S, Darroch J. Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. Fam Plann Perspect. 2000 Jan-Feb ; 32(1) : 14-23.

- [11] Bajos N, Guillaume A, Kontula O. Le comportement des jeunes Européens face à la santé génésique : Etudes démographiques. Strasbourg : Edition du Conseil de l'Europe ; 2004 (1 ; 42).
- [12] Sedgh G, Bankole A, Singh S, Eilers M. Legal abortion levels and trends by woman's age at termination. *Int Perspect Sex and Reprod Health*. 2012 Sep ; 38(3) : 143-153.
- [13] Sveriges officiella statistik. Aborter 2011 [en ligne]. Novembre 2012, [consulté en septembre 2013]. Disponible sur internet : <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/-Artikelkatalog/Attachments/18877/2012-11-6.pdf>
- [14] Pison G. Les maternités précoces en recul dans le monde. *Population & Sociétés*. 2012 Juin ; 490 : 1-4.
- [15] Groupe d'étude de l'OMS. Les jeunes et la santé : Rapport sur la jeunesse et la santé pour tous d'ici l'an 2000. Genève : OMS ; 1986.
- [16] Bozon M, Kontula O. Initiation sexuelle et genre : comparaison des évolutions de douze pays européens. *Population*. 1997 ; 52(6) : 1367- 1400.
- [17] Bozon M. A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ? Comparaisons mondiales et évolutions récentes. *Population*. 2003 Juin ; 391 : 1-4.
- [18] Moreau C, Lydié N, Warszawski J, Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée : Baromètre santé 2005. INPES ; 2005.
- [19] RFSU. (consulté le 20/10/2013). Statistics & facts – Sweden, [en ligne]. <http://www.rfsu.se/en/Engelska/About-rfsu/Resources/Statistics--Facts--Sweden/>
- [20] Häggström-Nordin E, Borneskog C, Eriksson M, Tydén T. Sexual behavior and contraceptive use among Swedish high school students in two cities: Comparisons between genders, study programmes and over time. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011 Feb ; 16(1) : 36-46.
- [21] Tebeu PM, Major AL, Ludicke F et al. Devenir de l'accouchement aux âges extrême de la vie reproductive. *Revue Med Liège*. 2004 ; 59 : 7-8 : 455-459.

- [22] De Vienne CM, Creveuil C, Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009 Dec ; 147(2) : 151-156.
- [23] Filou A. La maternité à l'adolescence : une prise en charge spécifique ? [mémoire Sage-femme]. Paris ; 2011.
- [24] Osofsky JD, Eberhart-Wright A, Ware LM, Hann DM. Les enfants de mères adolescentes : un groupe à risque du point de vue de la psychopathologie. *La Psychiatrie de l'enfant.* 1993 ; 1 : 253-287.
- [25] Berthoud R, Robson K. The outcomes of teenage motherhood in Europe: Innocenti working paper. Florence : UNICEF ; 2001; 86: 1-64.
- [26] Nisand I, Letombe B, Marinopoulos S. Et si on parlait de sexe à nos ados? Paris : Odile Jacob ; 2012 : 256p.
- [27] Le Van C. La grossesse à l'adolescence : un acte socialement déviant ? *Adolescence.* 2006 ; 1(55) : 225-234.
- [28] Stein R. Abstinence-only programs might work, study says. *The Washington Post* 2010 February 2.
- [29] Social Exclusion Unit. Teenage Pregnancy. London: The Stationery Office ; 1999 : 139 p.
- [30] Aubin C, Jourdain Menninger D. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence : Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales. Paris : La documentation française ; 2009.
- [31] Bennia S. Contraception et adolescence : enquête menée auprès de 232 lycéens caennais de 16-18 ans. [mémoire Sage-femme]. Caen ; 2005.
- [32] Darroch J, Singh S, Frost J. Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: The roles of sexual activity and contraceptive use. *Fam Plann Perspect.* 2001 Nov-Dec ; 33(6) : 244-250.

- [33] McKay A, Barrett M. Trends in teen pregnancy rates from 1996-2006: a comparison of Canada, Sweden, USA and England/Wales. *Can J of Hum Sex.* 2010 Mar 22 ; 19(1) : 157-161.
- [34] Akinla O, Benirscke K, Ehteshamzadeh T and al. L'avortement spontané ou provoqué : Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. Genève : OMS ; 1970.
- [35] Office for National Statistics. Contraception and sexual health 2008/2009 : Opinion Survey Report No. 41. London : ONS ; 2009.
- [36] Beck F, Richard JB. Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes ; 2013.
- [37] Socialstyrelsen. Specialrapport: Ungdomar och sexualitet 2010. UngdomsBarometern [en ligne]. Janvier 2010, [consulté le 19/10/2013]. Disponible sur internet : http://www.socialstyrelsen.se/folkhalsa/hiv aids/Documents/-UB0910_Specialrapport_Socialstyrelsen_utan_logo.pdf
- [38] Rossier C, Toulemon L, Prioux F. Evolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005. *Population-F.* 2009 ; 64(3) : 495-530.
- [39] Bajos N, Bohet A, Le Guen M et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population & Sociétés* [en ligne]. Septembre 2012, N° 492, [consulté le 15/12/2013]. Disponible sur internet : http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1606/publi_pdf1_492.pdf
- [40] Rossier C, Confesson A, Bringé A. La qualité des données des bulletins de 2002. Ined [en ligne]. Septembre 2006 [consulté le 18/01/2014]. Disponible sur internet : http://www.ined.fr/statistiques_ivg/2002/qualite_donnees_2002.pdf
- [41] Phil Humby. An Analysis of Under 18 Conceptions and their Links to Measures of Deprivation, England and Wales, 2008-10 [en ligne]. ONS 2013, [consulté le 18/01/2014]. Disponible sur internet : http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_299768.pdf

- [42] Danielsson M, Rogala C, Sundström K. Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries. Country report for Sweden: Occasional Report N°7. New-York & Washington : The Alan Guttmacher Institute ; 2001.
- [43] Wellings K. Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries. Country report for Great Britain: Occasional Report N°6. New-York & Washington : The Alan Guttmacher Institute ; 2001.
- [44] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (page consultée le 12 janvier 2014). IVG : informations pour les professionnels, [en ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/>
- [45] Tydén T. Preventivmedelsanvändningen i Sverige. Information från Läkemedelsverket. 2005 ; 7 : 20-26.
- [46] Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Revue française des affaires sociales. 2011 ; 1 : 148-161.
- [47] Lader D. Contraception and sexual health 2006/07 : Omnibus Survey Report No. 33. London : ONS ; 2007.
- [48] Santelli JS, Abma J, Ventura S and al. Can changes in sexual behaviour among high school students explain the decline in teen pregnancy rates in the 1990s? J Adolesc Health. 2004 Aug ; 35(2) : 80-90.
- [49] Cates W, Steiner M. Dual protection against unintended pregnancy and sexually transmitted infections. Fam Health Int. 2002 Mar ; 29(3) : 168-174.
- [50] Berer M. Dual Protection: More needed than practised or understood. Reprod Health Matters. 2006 Nov ; 14(28) : 162-170.
- [51] Lindh J, Blohm F, Andersson-Ellström A, Milsom I. Contraceptive use and pregnancy outcome in three generations of Swedish female teenagers from the same urban population. Contraception. 2009 Aug ; 80(2) : 163-169.
- [52] Gregson J, Kirkman R. Double Dutch: looking at the usage of combined pill plus condom in girls under 25. Eur J Contracept Reprod Health Care. 1999 : 4(1) : 45-48.

- [53] INPES. (consulté le 16/02/2014). Choisir sa contraception, [en ligne]. <http://www.inpes.sante.fr/>
- [54] HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée, [en ligne]. Avril 2013, [consulté le 16/02/2014]. Disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr/>
- [55] Grönqvist H. Bör p-piller subventioneras? Konsekvenser för barnafödande, utbildning och arbetsmarknad. Ekonomisk Debatt. 2009 ; 37(6) : 18-26.
- [56] Socialstyrelsen. Skillnader i kostnader mellan olika typer av preventivmedel. Socialstyrelsen [en ligne]. Mars 2006, [consulté le 23/02/2014]. Disponible sur internet : http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9423/-2006-103-1_20061031.pdf
- [57] Fleming C. Risk management Young people and the Fraser guidelines: confidentiality and consent. The Obstetrician & Gynaecologist. 2006 ; 8 : 235–239.
- [58] Garside R, Ayres R, Owen M and al. Anonymity and confidentiality : Rural teenagers' concerns when accessing sexual health services. J Fam Plann Reprod Health Care. 2002 Jun ; 28(1) : 23-26.
- [59] Stone N. Young people's sex advice services: delays, triggers and contraceptive use. London : Brook ; 2000 : 23-25.
- [60] Baxter S, Blank L, Guillaume L, Squires H, Payne N. Views of contraceptive service delivery to young people in the UK: a systematic review and thematic synthesis. J Fam Plann Reprod Health Care. 2011 ; 37 : 71-84.
- [61] Falk G. Teenagers' unintended pregnancies and contraception [thèse de médecine]. Linköping ; 2010.
- [62] Gibert P. Le stérilet chez les adolescentes [mémoire Sage-femme]. Caen ; 2012.
- [63] Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B and all. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. Contraception. 2008 Sep ; 78(3) : p 211-217.

- [64] Howard M, McCabe JB. Helping postpone sexual involvement. *Fam Plann Perspect.* 1990 Jan-Feb ; 22(1) : 21-26.
- [65] James L, Kanabus A, Regis D. A Survey of Sex Education Provision in Secondary Schools. Horsham : AVERT ; 2000 : 47p.
- [66] Dawe F, Rainford L. Contraception and sexual health 2003. London : Office for National Statistics ; 2004 : 54p.
- [67] Delotte J, Molinard C, Trastour C, Boucoiran I, Bongain A. Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises. *Gynecol Obstet Ferti.* 2008 ; 36 : 63-66.
- [68] Forsberg M. Ungdomar och sexualitet: En forskningsöversikt år 2005. Stockholm : Statens folkhälsoinstitut ; 2006 : 158p.
- [69] Ekstrand M, Tyden T, Darj E, Larsson M. Twelve-month follow-up of advance provision of emergency contraception among teenage girls in Sweden a randomized controlled trial. *Ups J Med Sci.* 2013 Nov ; 118(4) : 271-275.

Résumé

La diminution des taux de grossesses à l'adolescence est un enjeu majeur des politiques de santé publique en Europe.

Notre étude de la littérature a permis de comparer l'efficacité des politiques de prévention des grossesses à l'adolescence mises en place en Grande-Bretagne, en France et en Suède. Elle s'est également intéressée à la couverture contraceptive des adolescentes dans ces trois pays.

La reconnaissance sociale de la sexualité en Suède et la large couverture contraceptive en France a permis une diminution du nombre de naissances chez les adolescentes. Contrairement à la Grande-Bretagne qui présente un taux élevé de naissances à l'adolescence.

La survenue d'une grossesse à l'adolescence est principalement liée à une absence et à une inadéquation des méthodes contraceptives. La promotion de pratiques contraceptives adaptées nécessite un effort d'information sur la sexualité et la contraception dès le plus jeune âge, notamment par le biais des cours d'éducation à la sexualité.

Mots-clés : Grossesse à l'adolescence, Politiques de santé, Contraception, Grande-Bretagne, France, Suède

Summary

The decrease of teenage pregnancy rates is a major issue of public health policies in Europe.

Our review of the literature was used to compare the effectiveness of policies to prevent teenage pregnancies in place in Great Britain, France and Sweden. That is also interested in the use of contraception by teenagers in these three countries.

Social recognition of sexuality in Sweden and the important use of contraception in France have led to a decline of teenage births. Unlike Great Britain, which has a high rate of teenage births.

The occurrence of teenage pregnancy is explain by the lack and the use of inappropriate contraceptive methods. The promotion of appropriate contraceptive practices requires an information effort on sexuality and contraception from an early age, particularly through of sexuality Education programs.

Keywords: Teenage Pregnancy, Health Policy, Contraception, Great Britain, France, Sweden,

Titre : Pratiques contraceptives et grossesses à l'adolescence

Etude comparative entre la Grande-Bretagne, la France et la Suède

Auteur : GHEBREYESUS Misgana

Ecole de Sages-femmes de Caen, Promotion 2010-2014