



RESOedus (Licence, licence unique, doctorat)

RESOdoc (service de documentation)

Les grossesses chez les adolescentes :

Analyse des facteurs intervenant dans la survenue et leur issue

TOME 2

SYNTHESE DES RESULTATS & RECOMMANDATIONS POUR LA PREVENTION, L'EDUCATION ET L'ACCOMPAGNEMENT

Auteurs : Isabelle Aujoulat

France Libion

Brigitte Rose

En collaboration : Joëlle Berrewaerts

Florence Renard

Yvette Gossiaux

Sous la direction de Alain Deccache

Etude financée et commanditée par :

Le Cabinet de la Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé de la
Communauté française de Belgique, Catherine Fonck

ET

Le Cabinet de la Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances de la
Région wallonne, Christiane Vienne

Bruxelles, Octobre, 2007

UNITE RESO – EDUCATION POUR LA SANTE – EDUCATION DU PATIENT

Centre collaborateur O.M.S. - documentation Service agréé Ministère de la santé - CFB Agréé formation permanente

Adresse postale : RESO 5070, Centre Faculté -1, Av. Mounier 50, 1200 Bruxelles, Belgique EMail: joris@reso.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 7645070 - RESOdoc: +32 (0)2 7645037 - Fax/Télécopie: +32 (0)2 7645074 - WEB :

www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso

LES GROSSESSES CHEZ LES ADOLESCENTES

Tome 2 : SYNTHESE DES RESULTATS DE L'ETUDE ET RECOMMANDATIONS POUR LA PREVENTION, L'EDUCATION ET L'ACCOMPAGNEMENT

Par Isabelle Aujoulat, France Libion et Brigitte Rose

1. LES GROSSESSES CHEZ LES ADOLESCENTES... LA SITUATION EN Belgique	5
1.1 Les grossesses chez les adolescentes en Belgique	5
1.2 Les naissances chez les adolescentes en Belgique	5
1.3 Caractéristiques sociales des mères adolescentes en Belgique	5
1.4 Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez les adolescentes en Belgique	6
1.5 La sexualité des adolescents	6
1.6 La contraception chez les adolescents	6
2. SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE	7
2.1 Sexualité, contraception, désir d'enfant et survenue d'une grossesse à l'adolescence	7
2.1.1 Ce qu'en dit la littérature	7
2.1.2 Ce qu'en disent les professionnels	8
2.1.3 Ce qu'en disent les jeunes mamans	9
2.1.4 Discussion et recommandations	10
2.2 Education affective et sexuelle et communication autour de la sexualité, de la grossesse et de la maternité	11
2.2.1 Ce qu'en dit la littérature	11
2.2.2 Ce qu'en disent les professionnels	13
2.2.3 Ce qu'en disent les jeunes mamans	13
2.2.4 Discussion et recommandations	14
2.3 Décision d'interrompre une grossesse	15
2.3.1 Ce qu'en dit la littérature	15
2.3.2 Ce qu'en disent les professionnels	16
2.3.3 Ce qu'en disent les jeunes mamans	16
2.3.4 Discussion et recommandations	16
2.4 Décision de mener une grossesse à son terme	17
2.4.1 Ce qu'en dit la littérature	17
2.4.2 Ce qu'en disent les professionnels	18
2.4.3 Ce qu'en disent les jeunes mamans	18
2.4.4 Discussion et recommandations	20
2.5 Devenir parent à l'adolescence	21

2.5.1	Ce qu'en dit la littérature	21
2.5.2	Ce qu'en disent les professionnels	21
2.5.3	Ce qu'en disent les jeunes mamans	22
2.5.4	Discussion et recommandations	23
3.	<i>SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS</i>	24
3.1	Synthèse des recommandations pour des interventions éducatives en amont de la survenue d'une grossesse	24
3.2	Synthèse des recommandations pour l'accompagnement éducatif au moment du « diagnostic » de grossesse	26
3.3	Synthèse des recommandations pour l'accompagnement éducatif pendant la grossesse	26
3.4	Synthèse des recommandations pour l'accompagnement éducatif après la naissance de l'enfant.	27
4.	<i>CONCLUSION</i>	27
	Références bibliographiques	29

*« Quand survient une grossesse chez une jeune adolescente,
l'entourage familial, scolaire ou institutionnel
reçoit simultanément trois mauvaises nouvelles :
la première : « elle a une vie sexuelle » ;
la seconde : « elle est enceinte » ;
enfin la troisième et non des moindres : « ...et si jamais elle l'avait cherché ? »...
Aujourd'hui, l'adolescente enceinte est d'abord jugée coupable de n'avoir pas su
gérer son « devoir contraceptif ».
Elle reste ensuite peu ou prou moralement fautive d'avoir fait une bêtise,
c'est-à-dire de s'être exposée, de n'avoir pas su résister
à la pression ou à l'envie d'aller jusqu'au bout. »
Patrick Alvin (2006)*

La problématique de la grossesse à l'adolescence suscite de nombreuses questions. Pourquoi certaines adolescentes « tombent-elles enceintes » ? Ont-elles connaissance des divers moyens de contraception ? Et si oui, pourquoi ne les utilisent-elles pas ? Ou pourquoi ne les utilisent-elles pas efficacement ? Finalement, qu'est-ce qui influence les adolescentes dans leur choix de continuer ou d'interrompre leur grossesse ?

C'est à ces questions que nous avons tenté de répondre au travers d'une étude¹ qualitative et exploratoire, qui a impliqué trois approches distinctes et complémentaires :

- 1) Une **revue de la littérature**², qui a été réalisée à partir de l'analyse de 33 documents scientifiques sélectionnés dans quatre bases de données internationales (DOCTES, MEDLINE, PsychInfo et Current Contents), ainsi que 13 rapports de recherche, dont 8 concernaient la Belgique
- 2) Une **enquête auprès de 21 professionnels de la santé**³, dont 4 médecins, 7 psychologues, 3 infirmières, 3 assistantes sociales, 1 animatrice, 1 juriste, 1 directrice, et 1 chef éducatrice. Au niveau de la couverture géographique, les régions ou villes suivantes étaient représentées dans l'échantillon : Brabant Wallon (1), Luxembourg (1), Namur (1), Liège (2), Bruxelles (7), Hainaut (9). Cette couverture géographique est en partie parallèle à la fréquence des grossesses précoces dans les différentes provinces de la Communauté française, du moins de la fréquence des grossesses menées à terme chez les adolescentes, qui est en effet plus importante dans la province du Hainaut et à Bruxelles. L'âge des professionnels interrogés varie de 26 à 69 ans.
- 3) Une **enquête auprès de 12 jeunes mamans**⁴ ayant décidé de mener leur grossesse à son terme⁵, dont 2 jeunes filles qui étaient enceintes au moment de l'entretien, 7

¹ Aujoulat I, Berrewaerts J, Renard F, Libion F, Gossiaux Y, Deccache A. Les grossesses chez les adolescentes : analyse des facteurs survenant dans leur survenue et leur issue & Recommandations concernant leur prévention et leur accompagnement. Rapport final de recherche, Juillet 2007. Université Catholique de Louvain, Unité d'éducation pour la santé RESO, Bruxelles . Étude commanditée par le Cabinet de la Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé de la Communauté française de Belgique, Catherine Fonck, et le Cabinet de la Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances de la Région wallonne, Christiane Vienne.

² Berrewaerts, J., & Renard F. (2007). Les grossesses chez les adolescentes I : *Revue de la littérature*. In : Aujoulat I. et al. (2007), *ibidem*

³ Berrewaerts, J., & Renard F. (2007). Les grossesses chez les adolescentes II : Etude auprès des professionnels. In : Aujoulat I. et al. (2007), *ibidem*

⁴ Etant donné la parution au mois de décembre 2006 des résultats d'une étude sur le parcours contraceptif des adolescentes confrontées à une grossesse non prévue, dans laquelle principalement des adolescentes ayant

jeunes filles ou jeunes femmes (17-24 ans), qui étaient maman d'un jeune enfant (4 mois - 6 ans) au moment de l'entretien, et 3 femmes adultes (28, 35 et 45 ans), qui étaient la maman d'un enfant déjà plus âgé au moment de l'entretien (respectivement 11, 17 et 31 ans). L'âge de la première grossesse se situait entre 14 et 17 ans, avec une fréquence plus élevée autour de 17 ans (7/12). Notre échantillon est composé de jeunes femmes ayant décidé de mener au moins une grossesse à son terme. Nous signalons toutefois que 4 jeunes femmes ont fait spontanément mention d'une expérience d'avortement, survenue le plus souvent dans l'année qui a précédé ou suivi la naissance de leur premier enfant. Nous signalons également le cas d'une jeune fille de 17 ans, que nous avons rencontrée alors qu'elle était enceinte de son troisième enfant.

Après un bref état des lieux de la situation en Belgique, qui s'appuie essentiellement sur les données de deux rapports (Piette et al., 2003 ; Beghin et al., 2006) nous présenterons une synthèse de nos résultats de recherche en 5 points :

- 1) **Sexualité et contraception** : ce qu'en dit la littérature, ce qu'en disent les professionnels et ce qu'en disent les jeunes mamans
- 1) **Désir de grossesse et désir d'enfant** : ce qu'en dit la littérature, ce qu'en disent les professionnels et ce qu'en disent les jeunes mamans
- 2) **Décision d'interrompre une grossesse** : ce qu'en dit la littérature, ce qu'en disent les professionnels et ce qu'en disent les jeunes mamans
- 3) **Décision de mener une grossesse à son terme** : ce qu'en dit la littérature, ce qu'en disent les professionnels et ce qu'en disent les jeunes mamans
- 4) **Devenir parent à l'adolescence** :

Et selon trois axes :

Ce qu'en dit la littérature,

Ce qu'en disent les professionnels,

Et ce qu'en disent les jeunes mamans.

Enfin, nous clôturerons ce rapport par une série de recommandations pour la mise en place d'interventions d'éducation pour la santé plus efficaces autour de la question de la survenue d'une grossesse à l'adolescence, pour que d'une part, les situations non désirées puissent être évitées le plus possible et, d'autre part, pour que les jeunes filles faisant l'expérience d'une grossesse à l'adolescence soient mieux accompagnées tout au long de leur parcours, quelle que soit l'issue de leur grossesse.

recours à une IVG ont été interviewées, il a été décidé de mener des entretiens uniquement avec des adolescentes ayant choisi de continuer leur grossesse. Cela permet de réaliser une étude non redondante mais complémentaire à celle précitée. (Moreau et al., 2006)

⁵ Aujoulat I, Libion F. (2007). Les grossesses à l'adolescence III : Etude auprès des jeunes mamans (adolescentes ayant mené leur grossesse à son terme). In : Aujoulat et al., (2007), op cit p 3.

1. LES GROSSESSES CHEZ LES ADOLESCENTES... LA SITUATION EN Belgique⁶

1.1 Les grossesses chez les adolescentes en Belgique

En Belgique, les adolescentes font peu d'enfants et leur taux de fécondité est en diminution significative depuis la fin des années '60, tout comme celui des autres tranches d'âge. Cette diminution est parallèle à la diffusion de la contraception moderne et à l'allongement de l'obligation scolaire (Beghin et al., 2006).

D'après le rapport de l'UNICEF (2001), les taux de naissance et d'avortement déclarés chez les adolescentes en Belgique sont un des plus bas d'Europe et du monde. D'après les données de ce rapport, parmi les adolescentes de 15 à 19 ans :

- En comparaison avec 21 pays dans le monde, la Belgique est un des 6 pays ayant un taux de grossesses le plus bas.
- La Belgique est, juste derrière la Grèce, les Pays-Bas et l'Espagne, le 4ème pays au monde où les adolescentes avortent le moins : 5,2 IVG pour 1000 adolescentes.

1.2 Les naissances chez les adolescentes en Belgique

En Communauté française de Belgique, les naissances ou les accouchements chez les adolescentes (15-17ans) concernent chaque année 1 à 2 pour mille de cette population (Beghin et al., 2006). Selon l'Agence Intermutualiste (2005, cités par Begin et al., 2006) pour l'année 2002, en Belgique, 447 adolescentes (10-17 ans) ont accouché (0,9 pour 1000). Ce taux monte à 1,5 pour 1000 en Région wallonne. Parallèlement, l'ONE a relevé, en 2002, 442 avis de naissance parmi les femmes de moins de 18 ans en Communauté française de Belgique.

Les naissances vivantes ou les accouchements parmi les très jeunes femmes (moins de 15 ans) restent un phénomène très rare (Beghin et al., 2006); il semble qu'une moyenne de 10 annuellement pourrait être estimée pour l'ensemble de la Communauté française de Belgique.

1.3 Caractéristiques sociales des mères adolescentes en Belgique

Sur base des résultats issus de la banque de données médico-sociales de l'ONE en Communauté française (2003), Beghin et al. (2006) associent le phénomène de grossesse à l'adolescence à trois types de facteurs :

- (1) Résider en Région wallonne (et davantage en Hainaut que dans les autres provinces).
- (2) Etre de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne, en particulier à Bruxelles.
Toutefois, 80% des mères adolescentes sont de nationalité belge.
- (3) Et surtout, vivre dans une situation de précarité sociale.

⁶ Berrewaerts, J., & Renard F. (2007). Les grossesses chez les adolescentes I : Revue de la littérature. In : Aujoulat et al., (2007), op cit p 3.

Le rapport de Beghin et al. (2006) mentionne également que 58,5% des mères adolescentes en Communauté française de Belgique vivent en couple, 33,9% chez leurs parents et 3,9% en maison maternelle. Les adolescentes enceintes fréquentent plus que les autres les services de consultations prénatales de l'ONE (40% vs. 25%). Par ailleurs, la proportion de femmes non suivies serait plus importante dans cette tranche d'âge : 2,8% chez les moins de 18 ans, 1,2% chez les 18-19 ans et 0,3% en population générale. Les suivis tardifs (au-delà de 15 semaines), considérés comme un facteur de risque important, sont plus fréquents chez les futures jeunes mères, qui prennent peut-être plus tardivement conscience de leur grossesse.

1.4 Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez les adolescentes en Belgique

Selon Beghin et al. (2006), il n'y a pas en Belgique d'augmentation démontrée du nombre de grossesses ou d'IVG, mais plutôt du nombre d'enregistrements d'IVG parmi les mineures. Ainsi, en 2003, 975 IVG d'adolescentes de moins de 18 ans ont été enregistrées, parmi lesquelles, 65 cas sont survenus chez de très jeunes filles (moins de 15 ans). Le recours à l'interruption de grossesse est un peu plus fréquent en Région de Bruxelles-Capitale qu'en Région wallonne ou qu'en Région flamande. Il est surtout bien plus marqué parmi les jeunes femmes de milieu socio-économique défavorisé.

Les rapports de la Commission d'évaluation de la loi relative à l'IVG mettent en évidence un accroissement du nombre de déclarations d'IVG de mineures au cours du temps : les enregistrements sont passés de 551 mineures en 1993 (5,3% du nombre total d'IVG), à 975 en 2003 (6,7% du nombre total d'IVG) (Beghin et al., 2006). Le pourcentage d'IVG réalisées par des mineures est donc relativement faible au regard du nombre total d'IVG réalisées en CFB.

1.5 La sexualité des adolescents

Selon l'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children, Piette et al., 2003), pour l'ensemble des élèves de 15 à 18 ans en 2002, 44% des jeunes ont déjà eu une relation sexuelle complète. L'âge moyen lors du premier rapport sexuel se situe vers 17 ans. Ces résultats sont restés relativement stables entre 1990 et 2002. Par contre, parmi les adolescentes sexuellement actives, le pourcentage de jeunes ayant eu une relation sexuelle précoce (avant 14 ans) a augmenté de 2,1% à 13,5% entre 1990 et 2002 (Piette et al., 2003 cités par Beghin et al. 2006).

1.6 La contraception chez les adolescents

Alors que selon Herbigniaux et Thai (2005), un grand pourcentage des adolescentes sexuellement actives en Belgique utiliserait régulièrement des moyens de contraception (73% déclarent prendre la pilule), Beghin et al. (2006) considèrent que les adolescentes sexuellement actives ne recourent pas suffisamment à une contraception efficace (Beghin et al., 2006).

Parmi les adolescentes (10-19 ans) en demande d'interruption de grossesse, 45,4% déclarent n'avoir utilisé aucune méthode contraceptive le mois précédent, 23,5% déclarent avoir utilisé une pilule contraceptive et 23% déclarent avoir utilisé un préservatif et enfin, 7,1% déclarent

avoir utilisé d'autres méthodes. Cependant, ce rapport ne mentionne pas la régularité de l'utilisation de moyens contraceptifs (Beghin et al., 2004)

Selon les résultats de l'enquête de Santé par Interview (ISSP, Belgique, 2004), 83,5% des adolescentes de 15-19 ans (n=91) sexuellement actives ont utilisé (elles-mêmes ou leur partenaire) une méthode contraceptive au cours des 12 derniers mois. Parmi elles, 75,1% ont utilisé la pilule, 13,6% ont utilisé une barrière (diaphragme, spermicide, éponge ou préservatif), 4,5% ont utilisé une autre méthode (patch, anneau vaginal, stérilet, etc.) et 6,9% ont utilisé la pilule du lendemain.

Selon les résultats de l'enquête HBSC (Piette et al., 2003), pour l'ensemble des élèves de 15 à 18 ans en 2002, le nombre d'élèves sexuellement actifs ayant déjà vu et manipulé un préservatif ou utilisant systématiquement un préservatif lors des relations sexuelles était en augmentation entre 1990 et 2002 : respectivement de 90 à 96% entre 1990 et 2002 et de 39 à 57% entre 1994 et 2002. Le pourcentage de jeunes filles sexuellement actives (44% en 2002) déclarant s'être protégé d'une éventuelle grossesse non désirée par la pilule a diminué entre 1990 et 2002, passant de 92% à 88%.

2. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE

2.1 Sexualité, contraception, désir d'enfant et survenue d'une grossesse à l'adolescence

2.1.1 *Ce qu'en dit la littérature*

Les grossesses à l'adolescence surviendraient plus fréquemment dans les milieux socio-économiques défavorisés, dans les quartiers plus pauvres, chez les jeunes filles qui ont de faibles attentes concernant leurs perspectives d'avenir sur le plan scolaire et professionnel (Le Van, 1995 ; Corcoran et al, 2000 ; Roy et Charest, 2002 ; Faucher et al., 2002 ; Arai, 2003).

La survenue d'une grossesse dans ces conditions socio-économiques défavorables est parfois considérée comme une stratégie d'adaptation (Stevens-Simon et Lowy, 1995 cités par Faucher et al., 2002 ; Le Van, 1995 ; Loignon, 1996 ; Uzan, 1998 ; Arai 2003) : désir ou projet d'échapper à une scolarité peu valorisante, à un milieu familial ou institutionnel perturbé ; projet d'avoir une fonction sociale, de réussir, de se valoriser, de bénéficier d'un soutien familial et social accru et de prestations d'aide sociale. La grossesse représenterait parfois le seul projet viable pour échapper au chômage, à l'échec, à la pauvreté. Quant à l'impact d'une grossesse ou d'une maternité précoce sur l'estime de soi, les études menées à ce sujet (Loignon, 1996 ; Bailey et al., 2001) sont souvent contradictoires.

Par ailleurs, la grossesse (et plus encore le désir d'enfant) est parfois une démarche de comblement des carences de l'enfance (Marcelli, 2000, cité dans Faucher et al, 2002). En effet, les violences physiques, les carences affectives et les négligences éducatives pendant la petite enfance apparaissent fortement corrélées avec la parentalité précoce (Rainey et al., 1995, cités par Faucher et al., 2002 ; Uzan, 1998 ; Hillis et al., 2004)

Alors que l'accent est parfois mis sur la non ou la mauvaise utilisation d'une contraception comme facteur principal pour expliquer la survenue d'une grossesse à l'adolescence, plusieurs études montrent que les adolescentes auraient une bonne connaissance des moyens de contraception en général (Sundby et al., 1999 ; Jewell et al., 2000). Toutefois, compte-tenu des caractéristiques de la sexualité à l'adolescence, où les rapports sexuels peuvent être sporadiques et non planifiés (Loignon, 1996), elles n'auraient peut-être pas suffisamment connaissance de la contraception d'urgence (Sundby et al., 1999). D'autres études rapportent qu'un certain nombre de fausses croyances continuent de circuler parmi les adolescentes, comme le fait par exemple de ne pas risquer de grossesse lors d'un premier rapport sexuel.

Un certain nombre d'auteurs soulignent le rôle du partenaire dans l'utilisation ou non d'une contraception par la jeune fille. Selon Sundby et al., (1999), l'utilisation ou non de contraception semble dépendre de la communication entre les partenaires. La timidité et les difficultés à discuter de sujets sensibles tels que la sexualité ou la contraception seraient des facteurs qui peuvent influencer l'échec de la contraception. Selon ces auteurs, la période la plus critique aux relations sexuelles non protégées serait la période de transition entre le moment où les deux jeunes partenaires font connaissance et le moment où ils deviennent un couple stable. Loignon (1996) identifie elle aussi plusieurs facteurs relationnels susceptibles d'influencer les comportements contraceptifs chez les adolescentes et les adolescents, en particulier la stabilité de la relation, augmenterait la capacité de communiquer et de prendre la décision d'une contraception fiable. Dans l'enquête de Herbigniaux & Thai, (2005), parmi les principaux incitants à l'utilisation de la pilule et du préservatif, 44,2% des jeunes (filles et garçons) mentionnent le fait de parler avec le partenaire. Ce constat est toutefois nuancé par une étude de Jewell et al., (2000), qui observent que l'attachement émotionnel (ou l'amour qu'elles ressentent pour leur partenaire) est cité par certaines jeunes femmes pour expliquer leur comportement de prise de risque. Ainsi, parmi les relations de longue durée, la contraception n'était pas toujours bien maintenue.

Bien que les grossesses à l'adolescence soient généralement perçues comme non désirées et à éviter (Alvin, 2006), plusieurs auteurs (Uzan, 1998 ; Dadoorian, 2005) soulignent qu'il peut exister un désir de grossesse chez de très jeunes filles et que celles-ci seraient donc parfois intentionnelles.

2.1.2 Ce qu'en disent les professionnels

Comme cela a été relevé aussi dans la littérature, certains soignants soulignent également la précarité sociale de beaucoup de leurs jeunes patientes enceintes. Les professionnels travaillant en contact avec des adolescentes qui gardent leur grossesse sont plus nombreux à observer un milieu social plus défavorisé, même si ce milieu est le reflet du quartier où ils travaillent. Les professionnels travaillant dans des centres de planning familial sont plus nuancés : certains ne voient pas de différence de milieu, d'autres observent des milieux plus défavorisés, en lien ou non avec le quartier où le centre est situé.

Alors que les politiques de santé belges facilitent effectivement l'accessibilité économique de la pilule pour les adolescents, plusieurs soignants évoquent le manque de connaissances des adolescentes relatives aux structures spécialisées pour la prévention et l'accompagnement des grossesses précoces.

En ce qui concerne l'hypothèse de la grossesse comme projet de valorisation de soi, les soignants interrogés l'associent parfois à un projet de couple : certains jeunes couples seraient à la recherche d'une émancipation et d'une reconnaissance en tant que couple adulte à travers une grossesse. A l'exception de l'estime de soi, à laquelle aucune allusion n'est faite par les soignants interrogés, tous les facteurs identifiés aussi par Loignon (1996) comme susceptibles d'intervenir dans la survenue d'une grossesse précoce se retrouvent aussi dans les propos des soignants, à savoir : une moindre acceptation de la sexualité ; un manque d'affirmation de soi ; le goût du risque, l'insouciance et l'immatunité ; l'inexpérience (La gêne du corps, l'appréhension de la relation sexuelle et la difficulté d'en parler) ; l'incapacité de prévoir ; l'absence de motivation ; la recherche d'un statut ; un « lieu de contrôle de la santé » de type externe (fatalisme).

Par ailleurs, les soignants interrogés ont parfois évoqué la survenue d'une grossesse chez une adolescente comme moyen pour « garder son partenaire ». Dans de nombreux cas, le partenaire ne serait pas impliqué dans cette décision de future maternité, si bien qu'un certain nombre de jeunes garçons fuiraient à l'annonce de la grossesse

Certains soignants évoquent une possible influence des pairs, signalant qu'il y aurait dans certains cas un phénomène de mimétisme parmi des adolescentes ayant une copine enceinte.

Comme les résultats de la revue de la littérature l'avaient déjà montré, les soignants soulignent le manque de connaissance par rapport à la pilule du lendemain. Les soignants relèvent en outre un inconvénient lié au prix et à la nécessité de se faire établir une ordonnance par un médecin généraliste pour l'obtenir⁷, ce qui la rendrait difficilement accessible aux adolescentes qui en auraient besoin.

2.1.3 Ce qu'en disent les jeunes mamans

Alors que dans la littérature, la grossesse à l'adolescence est fréquemment associée à une situation de précarité sociale (Beghin et al., 2006), la diversité de notre échantillon comme l'expérience rapportée par les soignants, démontrent que toutes les classes sociales peuvent être concernées par le phénomène. En effet, la diversité des situations familiales et socio-culturelles qui caractérise notre échantillon ne permet pas de décrire un profil type de jeunes filles qui seraient particulièrement susceptibles de développer une grossesse « précoce » et de décider de mener cette grossesse à son terme, ou non, mais au contraire de décrire un éventail de situations rencontrées.

Les récits des jeunes mamans concernant les circonstances de survenue de leur grossesse à l'adolescence montrent que bien que ces grossesses aient rarement été planifiées, elles ne sont pourtant pas toujours le fruit d'un « véritable accident ». Ainsi, la grossesse et la décision de la mener à son terme et ainsi d'avoir un enfant « à soi et pour soi » semblent parfois répondre à un véritable besoin, l'enfant et le fait d'être maman conférant un statut et contribuant à augmenter l'estime de soi de certaines jeunes filles qui rapportent non sans fierté être ainsi devenues adultes ou matures plus vite que leurs camarades.

Notons cependant que pour trois jeunes femmes qui ont été enceintes une première fois très précocement, la grossesse semble être survenue véritablement par surprise, celles-ci ayant

⁷ Cette information n'est pas exacte... voir explication quant aux conditions d'accessibilité au paragraphe 2.1.4

rapporté qu'elles n'auraient pas eu connaissance au moment de l'acte sexuel que celui-ci pouvait être fécondant (premier rapport sexuel). Une jeune femme rapporte même ne pas s'être rendu compte qu'elle avait des rapports sexuels avec son ami.

Certaines jeunes filles ont expliqué s'être senties rejetées ou jugées, en particulier dans le milieu scolaire (certains enseignants ou directeurs d'école, et parfois aussi par les pairs), du fait de la survenue de leur grossesse. Elles s'opposent fortement à l'idée véhiculée par certains enseignants, et reprise dans les propos de certains soignants interrogés, que leur état de grossesse pourrait être « contagieux ».

Dans le cadre de notre échantillon, cinq grossesses sont survenues dans le cadre d'un projet de couple souhaité ou envisagé, même si le partenaire était toujours absent de l'éventuelle décision de concevoir un enfant et semblait de ce fait peu, voire pas impliqué, dans le souci de la contraception du couple. Notons cependant qu'une jeune fille a déclaré explicitement avoir conçu un enfant pour répondre au désir de son partenaire, qui était un peu plus âgé qu'elle. Les situations où une grossesse survient pour répondre au désir du garçon semblent rares mais existent, comme en ont témoigné également certains soignants.

2.1.4 Discussion et recommandations

Selon Nativel et Daguerre (2003), l'une des meilleures façons de prévenir les maternités précoces consisterait à susciter l'espoir (d'un avenir...) chez les jeunes issus de milieux défavorisés. Les résultats de nos trois études convergent pour dire que la grossesse à l'adolescence, qui a été présentée par certains auteurs comme une stratégie d'adaptation ou de comblement de carences, survient parfois dans un contexte de grande précarité affective et relationnelle.

Le rôle, les comportements et le vécu des jeunes garçons dans les situations de grossesses précoces, quelle que soit leur issue, sont peu décrits dans la littérature. De l'avis des soignants interrogés, la question mériterait d'être creusée et, dans la pratique, une attention plus grande devrait être portée aux jeunes garçons dans l'éducation sexuelle.

Il ressort de la confrontation de la littérature, de l'expérience des soignants rencontrés et du vécu des jeunes mamans interrogées que la non utilisation (ou la mauvaise utilisation) de moyens de contraception ne constituerait pas un facteur unique, sur lequel il conviendrait d'agir pour prévenir les grossesses précoces ou non désirées.

Il est toutefois important de procurer une information claire, exacte et précise sur les méthodes contraceptives, leur action, leur coût, leurs avantages et leurs inconvénients et les moyens de se les procurer. Alors que les adolescentes sont généralement encouragées à combiner le préservatif ET la pilule contraceptive, cette méthode a été très critiquée par les jeunes mères interrogées, qui préfèrent les méthodes contraceptives qui se « font oublier ». Plusieurs jeunes filles de l'échantillon ont ainsi déclaré avoir opté pour un implant après la naissance de leur enfant. Jadoul (2004) et Van Den Brûle (2005) soulignent que ce type de contraception est intéressant à prescrire pour les adolescentes qui présentent des difficultés d'observance pour d'autres formes de contraception (ex. pilule).

Les adolescents –filles et garçons !- devraient être systématiquement informés de l'existence de la pilule contraceptive d'urgence. Contrairement à ce qu'ont déclaré certains

professionnels, celle-ci est en vente libre depuis juin 2001. Elle est disponible chez un médecin ou dans une pharmacie (prix indicatif de 8,95 € à 9,95 €) ; elle est distribuée gratuitement dans les centres de planning familial⁸. Cette pilule doit être impérativement prise au plus tard dans les 72 h qui suivent le rapport sexuel. A condition d'être prise dans les premières 24 H, cette pilule du lendemain évite 95% des grossesses non désirées.

En outre, l'existence et le rôle des différentes structures susceptibles d'aider les jeunes filles dans leurs démarches devraient être présentées, sous la forme d'une brochure par exemple, sur laquelle figureraient également les adresses et les numéros de téléphone des différents centres. Une liste des « adresses utiles » figure déjà dans le carnet « Devenir parents » (édition 2007) de l'ONE, sans que le rôle et les missions exactes des différents organismes ne soient détaillés. Un documents plus détaillé, sous la forme d'un dépliant, existe cependant pour les centres de planning familial⁹. L'importance de faire circuler l'information relative aux ressources disponibles a été soulignée par notamment par Blais (2005).

Quelle que soit la méthode présentée, il convient de porter les efforts d'éducation non seulement sur les connaissances mais aussi sur les pratiques concrètes et quotidiennes dans la vie sexuelle et les éléments qui les entravent, comme par exemple les sentiments de peur, de gêne et de honte face au sujet de la contraception (Herbigniaux & Thai, 2005) et sur le renforcement de la motivation (Blais, 2005), en favorisant notamment la réflexion sur l'importance d'adopter un comportement contraceptif adéquat.

Enfin, il convient d'élargir le sujet d'intervention pour ne pas se focaliser uniquement sur la contraception et les aspects techniques de la sexualité et, surtout, il convient d'impliquer, de responsabiliser et de motiver aussi les garçons autour de la question de la contraception.

Il ressort des résultats des trois études que la question du désir d'enfant demeure un sujet mystérieux, ce désir étant en partie inconscient. Peut-être conviendrait-il d'aborder autrement la question du désir d'enfant, sans le nier systématiquement dans le cadre d'un souci de prévention. En particulier, compte-tenu des résultats contradictoires sur le rôle potentiellement joué par l'exemple d'une copine enceinte, il pourrait être envisagé d'aborder avec les jeunes filles plus systématiquement leur perception et leur représentation de ce que vit, le cas échéant, leur copine enceinte ou déjà maman.

* * *

2.2 Education affective et sexuelle et communication autour de la sexualité, de la grossesse et de la maternité

2.2.1 Ce qu'en dit la littérature

**** éducation pour la santé à l'école***

La plupart des programmes éducatifs en matière de vie affective et sexuelle ont lieu à l'école. Toutefois, les résultats des études portant sur l'évaluation de l'impact ou de l'efficacité des interventions d'éducation pour la santé, particulièrement en milieu scolaire, concluent parfois que les stratégies de prévention primaire sont peu efficaces (Miller, 2000 ; DiCenso et al., 2002 ; Wight et al., 2002 cités dans Arai, 2003). Selon Loignon (1996), l'échec de l'éducation

⁸ Source : site www.medinet.be

⁹ – www.planningfamilial.net

sexuelle à l'école : L'information n'est pas l'éducation. L'enseignement de la sexualité est souvent déficient en milieu scolaire parce que de nature essentiellement informative

** éducation pour la santé en médecine générale*

De l'avis de plusieurs auteurs (Sundby et al., 1999 ; Fournier 2006), les médecins généralistes ont à jouer un rôle dans la promotion des comportements contraceptifs et la prévention des grossesses précoces. Ainsi, selon Sundby et al. (1999) les médecins devraient prendre plus de temps pour donner des informations individuelles aux jeunes filles concernant les moyens de contraception, aborder les risques et discuter des problèmes qui peuvent réduire l'efficacité ou la compliance. En France, des recommandations de pratique clinique sur les stratégies de choix d'une méthode contraceptive ont été publiées fin 2004. Ce document recommande entre autres aux prescripteurs (médecins généralistes, spécialistes et sages-femmes) de dédier une consultation spécifique à la question de la contraception et d'être attentifs à certains points particuliers lors de rencontres avec des adolescentes (Fournier, 2006).

** éducation par la famille*

L'éducation par la famille est évoquée dans plusieurs études comme nécessaire mais parfois défaillante. L'étude de Corcoran et al., (2000) suggère que l'incapacité d'une famille à s'engager dans une communication directe et honnête pourrait être un facteur de risque pour une grossesse et une maternité précoces. De même, selon Loignon (1996), un environnement familial hostile et fermé aux questions entourant la sexualité amène la non-communication et la culpabilité chez les jeunes face à ces questions, ce qui n'encourage pas un comportement sexuel sain et responsable. Dans l'enquête de Herbigniaux & Thai (2005), parmi les freins liés à la prise de la pilule, 74,5% des jeunes filles mentionnent la peur vis-à-vis des parents et 27,6% des jeunes (filles et garçons), l'interdiction de la famille. Toutefois, Miller et al. (2001) rapportent que du fait de complexités méthodologiques, les résultats des recherches sur la communication parent/enfant au sujet de la sexualité et de la probabilité de survenue d'une grossesse à l'adolescence sont très contradictoires.

** éducation par les pairs*

Le rôle de l'éducation par les pairs est également évoqué dans la littérature, le réseau social d'amis de l'adolescente pouvant jouer un rôle positif ou au contraire négatif dans l'utilisation des moyens de contraception et la survenue d'une grossesse. Dans l'enquête de Herbigniaux & Thai (2005), parmi les principaux incitants à l'utilisation de la pilule et du préservatif, 37,4% des jeunes (filles et garçons) mentionnent le fait de parler avec les amis. D'un autre côté, Pereira et al. (2005) observent qu'un plus faible niveau de proximité avec les pairs (ne pas avoir de réseau d'amis fort développé) est associé significativement avec le fait de développer une grossesse à l'adolescence.

** les médias*

Enfin, le rôle des médias est parfois souligné comme ayant un impact négatif sur les comportements des adolescents, du fait des images de séduction, d'agressivité et de pornographie qui sont souvent véhiculés et présentés comme désirable (Loignon, 1996 ; Herbigniaux & Thai, 2005).

2.2.2 Ce qu'en disent les professionnels

Selon les soignants interrogés, il est indispensable de continuer de développer des programmes éducatifs, obligatoires et systématiques dans tous les réseaux d'enseignement. Certains soignants sont d'avis que l'éducation à la vie sexuelle et affective devrait démarrer dès le primaire. Comme Sundby et al. (1999), les soignants sont d'avis que la mission d'éduquer les adolescents à la vie affective et sexuelle devrait être confiée à des professionnels de la question et non aux enseignants habituels d'une classe, car ceux-ci ne seraient pas suffisamment formés pour aborder ces questions avec leurs élèves. La suggestion a été faite aussi que de telles interventions puissent donner lieu à des « sorties de classe » pour se dérouler dans un planning familial par exemple, ou toute autre structure susceptible d'aider les adolescents dans leurs questionnements et leurs démarches. En outre, de telles séances devraient être répétées à intervalles réguliers pour en augmenter l'efficacité. Les brochures sont considérées comme utiles à condition d'être parfaitement intégrées à des séquences pédagogiques et en congruence avec les contenus des séquences.

Les soignants interrogés souhaitent que les médecins généralistes, voire les gynécologues soient plus actifs dans la prévention des grossesses précoces, d'une part en cessant de prescrire aux jeunes filles des pilules qui ne leur sont pas financièrement accessibles et, d'autre part, en invitant plus systématiquement les parents d'adolescentes à leur adresser leur enfant pour une consultation individuelle en dehors de la présence des parents, afin de faire savoir à l'adolescent qu'ils sont disponibles pour les rencontrer en dehors de leurs parents et aborder avec eux les sujets liés à la sexualité et à la contraception. De l'avis des soignants, ce genre de démarche est très rare car les médecins généralistes ne seraient pas suffisamment formés à aborder ces questions.

En ce qui concerne le rôle parental dans l'éducation à la vie affective et sexuelle de leurs enfants, les soignants soulignent la difficulté qu'ils ont d'aborder un sujet qui reste relativement « tabou » dans le cercle familial.

2.2.3 Ce qu'en disent les jeunes mamans

De l'avis des jeunes femmes rencontrées, le discours sur la sexualité et la contraception qui leur a été adressé, en particulier dans le cadre des interventions d'éducation pour la santé à l'école ne leur semble pas adapté.

La pilule qui semble être présentée systématiquement comme LE moyen de contraception par excellence, à utiliser en association avec un préservatif, ne leur semble pas adaptée à leur sexualité, ni à leur vie en général. Après la grossesse, plusieurs jeunes femmes (3/12) déclarent d'ailleurs avoir opté pour un implant. Celles qui l'ont fait apprécient ce moyen de contraception « facile », qui se fait oublier...

De manière générale, le contenu des interventions d'éducation pour la santé dont elles ont bénéficié à l'école est critiqué : les messages seraient parfois trop techniques en ce qui concerne l'acte sexuel lui-même et les informations pas toujours assez pratiques, quant aux lieux et personnes ressources pour se procurer une contraception ou chercher de l'information. Des suggestions ont été émises pour diversifier les lieux et les modes de transmission d'information et d'éducation, en utilisant notamment la télévision. Cette suggestion rejoint le constat fait par Loignon (1996) que l'éducation en rapport avec la sexualité peut être

« déficiente » en milieu scolaire si elle est de nature trop informative, et que les médias peuvent avoir ont un impact sur les comportements contraceptifs des jeunes.

Comme les soignants, plusieurs jeunes filles se sont exprimées sur le rôle que les médecins généralistes pourraient jouer plus systématiquement pour la prévention des grossesses précoces. Mais surtout, c'est le rôle parental qui a été souligné comme particulièrement important et souvent défaillant. Les jeunes filles qui se sont exprimées à ce sujet ont souligné ne pas avoir été suffisamment informées et préparées par leurs parents et plus particulièrement leur mère. Celles qui étaient elles-mêmes la mère d'une petite fille ont évoqué leur sentiment de responsabilité à l'égard de leur enfant, soulignant qu'elles ne souhaitaient pas que leur fille devienne mère à son tour à l'adolescence.

Enfin, plusieurs participantes ont déclaré qu'elles regrettaient de ne pas avoir reçu suffisamment d'information de la part de leurs parents à la maison, tout en reconnaissant qu'il est certainement difficile pour des parents d'aborder le sujet de la sexualité avec leurs propres enfants. La suggestion a été faite de proposer des interventions éducatives s'adressant aux parents, pour que ceux-ci soient mieux préparés à aborder les questions de la sexualité et de la contraception avec leurs enfants. Cette piste semble intéressante à explorer, dans la mesure où d'autres auteurs soulignent également l'importance du rôle parental pour l'éducation à la sexualité de leurs enfants (Dadoorian 2005 ; Fourny 2005). Par ailleurs, des programmes d'éducation des parents à la communication parents-enfants dans le cadre de la prévention du suicide ont déjà fait la preuve de leur efficacité (Tombourou & Gregg, 2002).

Enfin, les jeunes femmes comme les soignants ont souligné que les médias pourraient être utilisés pour présenter des films éducatifs à la télévision.

2.2.4 Discussion et recommandations

Selon l'enquête de l'ULB auprès d'élèves de l'enseignement secondaire (Renard et al., 2003), 20% des jeunes, parmi des élèves de 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} secondaire, n'ont jamais eu d'activités d'éducation à la vie affective et sexuelle. Tandis que 26 % des élèves de l'enseignement technique et 30% de ceux de l'enseignement artistique et professionnel n'auraient jamais bénéficié de telles animations, ils ne seraient que 18 % dans cette situation dans l'enseignement général. Des inégalités existent donc en faveur des élèves de l'enseignement général, renforçant les inégalités en matière de connaissances des facteurs de risque et de protection.

L'éducation à la vie affective et sexuelle devrait avoir lieu dans toutes les écoles, avec l'objectif de transmettre des connaissances mais aussi d'aborder la vie amoureuse et les sentiments, en partant du questionnement des jeunes. Ces interventions devraient être réalisées par des personnes spécialement formées à cet effet et/ou des professionnels travaillant dans un planning familial par exemple, et non par les enseignants des écoles, dont ce n'est pas le rôle et qui ne sont pas suffisamment préparés à aborder la question de la sexualité et de la contraception avec leurs élèves. Il ressort des entretiens avec les soignants et les jeunes mamans qu'en matière de contenus, outre les questions générales liées à la sexualité et à la vie affective, qui devraient être abordées à partie des questions des jeunes, les interventions éducatives devraient aborder au moins les sujets suivants :

- Information sur l'existence, le rôle et les adresses des différentes personnes et organismes ressources,

- Information concrète (accessibilité, prix, mécanismes...) sur les différents moyens de contraception + information concrète sur la pilule du lendemain,
- Information concrète sur les premiers signes de grossesse,
- Information sur le développement de l'enfant in utero,
- Information sur l'avortement,
- Information sur les besoins essentiels d'un enfant : besoins soins, de relation, de sécurité, etc.

Dans la mesure où à la fois le rôle souhaitable et les difficultés des parents ont été soulignés dans les trois études, des lieux d'échange et de conseils pourraient être proposés aux parents pour les aider à aborder certaines questions avec leurs enfants. L'information sur cette possibilité pourrait être transmise aux parents par les écoles.

Les sites Internet aussi sont utiles, à condition que les échanges sur la vie affective et sexuelle aient lieu via des forums encadrés par des professionnels, comme c'est le cas pour le site « loveattitude.be » des centres de planning familial.

* * *

2.3 Décision d'interrompre une grossesse

2.3.1 Ce qu'en dit la littérature

Dans leur étude qualitative auprès de 34 jeunes femmes en Angleterre (16-20 ans), Jewell et al. (2000) observent des attitudes différentes envers les grossesses précoces et l'avortement selon le milieu socio-économique des jeunes filles. Les jeunes femmes issues de milieux socio-économiquement plus favorisés jugent la maternité non acceptable pour elles-mêmes. D'un autre côté, les adolescentes enceintes et les jeunes mères de milieux défavorisés trouvent la solution de l'avortement moins acceptable. Cette différence s'explique principalement par la façon dont les jeunes femmes voient leur futur, les jeunes femmes de milieux avantagés accordant plus d'importance à leur carrière, l'université, l'argent et leur développement personnel. Le même constat est fait par Arai (2003), en Angleterre, en ce qui concerne les décisions des jeunes filles de milieu défavorisé, confrontées à la survenue d'une grossesse.

Peu d'études portent sur l'impact de l'avortement chez les jeunes filles. Bailey et al. (2001) ont mené, au Brésil, une étude prospective sur le devenir d'adolescentes enceintes après un an, en comparant celles qui avaient avorté et celles qui avaient donné naissance à un enfant. L'estime de soi des jeunes filles qui avaient décidé d'avorter (n=95) avait augmenté en un an, c'est-à-dire par rapport à la période qui avait directement suivi l'avortement, mais elle restait plus faible que chez les jeunes mères. La relation avec le partenaire s'était dégradée, presque 20% d'entre elles avaient quitté l'école et 23% étaient ou avaient été de nouveau enceintes.

Une étude réalisée par Pope et al. (2001) et qui a inclus 96 jeunes filles qui consultaient à propos d'une grossesse non désirée, a démontré qu'en cas de décision d'avortement, les jeunes filles en dessous de 18 ans étaient moins certaines du bien-fondé de leur décision que d'autres femmes plus âgées. Les auteurs soulignent que la pression qui peut être exercée sur les mineures à propos de la décision d'interrompre leur grossesse ou non est un facteur de stress et de morbidité pour ces jeunes filles.

2.3.2 Ce qu'en disent les professionnels

Les soignants interrogés identifient généralement des aspects positifs à l'expérience que font les jeunes filles de l'avortement ; ils utilisent le terme de « soulagement » pour décrire l'expérience vécue. Ils soulignent cependant que dans certains cas, les jeunes filles pourraient subir une pression (des parents, du copain, etc.) qui rend l'expérience de l'avortement difficile à vivre. En effet, ce qui est potentiellement traumatisant selon les soignants, c'est moins d'avoir mis fin à une grossesse que de ne pas avoir eu le choix. Certains soignants témoignent de l'impact de l'avortement à long-terme, par exemple au moment de la naissance d'un enfant plusieurs années après, qui laisse parfois les jeunes mamans désemparées, en difficulté relationnelle avec leur nouveau-né.

Quant à l'attitude des professionnels de planning familial au moment de la prise de décision, elle a été décrite comme une attitude neutre, d'écoute et d'information, qui ne cherche pas a priori à influencer la jeune fille dans un sens ou dans l'autre.

Comme cela a été retrouvé également dans la littérature, les jeunes filles qui ont un projet personnel bien établi (poursuivre sa scolarité pour être en mesure de faire un projet professionnel répondant à une ambition personnelle ou, tout simplement, désir de bien profiter de son temps présent d'adolescente pour s'amuser), ont plus de chances d'opter pour la solution de l'avortement que celles qui n'ont pas de projet pour elles-mêmes.

2.3.3 Ce qu'en disent les jeunes mamans

L'avortement était généralement présenté par celles qui l'ont vécu comme un événement violent, effectué parfois sous la contrainte. Pour celles qui avaient déjà subi des violences durant l'enfance, l'avortement avait signifié une réactualisation de la violence subie sur leur corps, perçu comme un objet soumis aux décisions d'autrui et qui échappe à tout pouvoir de leur part. Ces situations sont particulièrement traumatisantes et devraient être accompagnées soigneusement, et pas seulement au moment où a lieu l'avortement.

A travers l'évocation de l'expérience de leurs amies, deux autres participantes se sont aussi spontanément exprimées sur la difficulté ressentie par les adolescentes qui font le choix d'avorter (ou qui y ont été contraintes). L'une des participantes, dont l'expérience d'avortement remontait déjà à plusieurs années, souhaiterait que l'on propose plus systématiquement un suivi psychologique aux adolescentes qui ont décidé de se faire avorter.

2.3.4 Discussion et recommandations

Bien qu'il n'y ait que peu d'études sur l'impact de l'avortement chez les très jeunes filles, les résultats de l'étude menée par Pope et al. (2001), de même que les résultats de notre étude menée auprès des soignants et des jeunes filles suggèrent d'être particulièrement présent auprès des jeunes filles, non seulement au moment où se prend la décision d'avorter mais aussi dans le long terme.

Dans une perspective de prévention, il peut être utile de développer dans le cadre des interventions d'éducation pour la santé la capacité de prendre conscience de ce qu'on vit et la

capacité de prendre des décisions (capacité d'auto-détermination dans le cadre d'un processus d'empowerment) (Aujoulat, 2007).

* * *

2.4 Décision de mener une grossesse à son terme

2.4.1 Ce qu'en dit la littérature

La décision de poursuivre ou non une grossesse peut être influencé par différents facteurs : le statut socio-économique de la jeune fille (Roy et Charest, 2002 ; Haldre et al., 2005 ; Peirera et al., 2005), le souhait d'accéder par la maternité à un autre statut social (Stevens-Simon & Lowy, 1995 cités par Faucher et al., 2002 ; Le Van, 1995 ; Uzan, 1998, Arai, 2003), des antécédents de grossesses et maternités précoces dans la famille (la mère, une tante, une sœur de la jeune fille), l'absence de projet personnel (Jewell et al. 2000 ; Arai, 2003) , la reconnaissance explicite d'un désir d'enfant (Uzan, 98 ; Davies et al. 2003 ; Dadoorian, 2005), le soutien parental et la communication au sein de la famille, le milieu culturel qui valorise plus ou moins les grossesses précoces (Loignon, 1996 ; Corcoran et al., 2000 ; Faucher et al., 2002), les représentations de l'enfant, etc. Dans leur rapport, Moreau et al. (2006) soulignent que certaines adolescentes ont une représentation tronquée de l'enfant et que leurs perceptions des besoins d'un bébé se limitent parfois aux besoins qu'elles accordaient aux poupées de leur enfance.

Plusieurs études indiquent que la maternité à l'adolescence réduit les chances de poursuivre des études et d'avoir un emploi, et augmente le risque de se trouver chef de famille monoparentale et de vivre constamment dans la pauvreté. Selon les statistiques québécoises (Roy et Charest, 2002), environ deux tiers (70%) des jeunes mères ont 11 ans ou moins de scolarité, et 22% de 12 à 14 ans de scolarité.

En ce qui concerne le déroulement même de la grossesse, les données présentées dans le rapport de l'ONE (2003) montrent qu'il y aurait chez les mères de moins de 20 ans, par rapport à celles de plus de 20 ans, un nombre plus fréquent de suivis tardifs de la grossesse mais un nombre moins élevé d'accouchements provoqués et de césariennes. Selon Miller (2000), les adolescentes commenceraient souvent plus tard les soins prénataux et connaîtraient plus de complications de grossesse.

Toutefois, les conséquences négatives de santé associées à la maternité précoce seraient largement attribuables au statut socio-économique ou aux expériences hostiles vécues durant l'enfance (Hillis et al., 2004) plutôt qu'à l'âge de la mère.

Certains auteurs mentionnent que la maternité précoce peut avoir des conséquences positives et bénéfiques, comme par exemple l'abandon d'une toxicomanie jugée nocive pour l'enfant à venir (Flanagan et Kokotailo, 1999, cités par Faucher et al., 2002), ou une moindre consommation d'alcool (Corcoran et al., 2000), soit que les adolescents futurs parents ou déjà parents connaissent les risques liés à la consommation d'alcool pour leur enfant et diminuent en conséquence leur consommation d'alcool, soit que ces adolescents ont réduit le temps qu'ils passent avec leurs pairs. Par ailleurs, Bailey et al. (2001), dans une étude portant sur le devenir d'adolescentes enceintes après un an, ont observé une importante augmentation de l'estime de soi chez les jeunes mères. Cependant, ils observaient également un important

abandon scolaire, une dégradation de la relation avec le partenaire, et une diminution de la perception de l'impact positif de la grossesse sur la vie.

2.4.2 Ce qu'en disent les professionnels

Les soignants soulignent qu'il est parfois difficile à une jeune fille d'annoncer qu'elle est enceinte, car elle annonce du coup qu'elle a une sexualité active et cela peut être considéré comme un tabou. De ce fait, certaines adolescentes consulteraient trop tard, à un moment où l'avortement n'est plus possible. Toutefois, dans les cas d'annonce tardive, les soignants remarquent qu'il est difficile de départager ce qui relève des processus conscients et inconscients, du rôle du désir parfois inconscient d'avoir un enfant, d'un réel déni de la grossesse, d'une non perception des signes d'une grossesse liée à un manque de connaissance ou de compréhension du fonctionnement du corps, d'une peur insurmontable de l'annoncer, ou encore d'aller consulter un professionnel de la santé. Le déni de grossesse a été évoqué par plusieurs soignants comme une possibilité pour expliquer certaines annonces tardives. Le phénomène du déni de grossesse est connu mais mal compris et difficile à reconnaître avec certitude chez les adolescentes. Les soignants recommandent cependant qu'un suivi particulier soit organisé autour des jeunes filles en situation d'annonce tardive de leur grossesse, pour qu'une bonne relation puisse se mettre en place avec leur enfant.

Toutefois, le dépassement du délai légal rendant impossible le choix de pratiquer un avortement ne constitue pas, de l'avis des soignants, le motif le plus fréquent de poursuivre une grossesse. Les soignants interrogés font part de répétitions fréquentes de l'histoire familiale maternelle : les filles de « filles-mères » seraient également souvent des mères très jeunes. Enfin, l'ensemble des facteurs évoqués dans la littérature sont aussi évoqués par les soignants. En particulier, le soutien des parents ou le désir formaliser un couple sont un encouragement à mener grossesse à son terme. Les soignants rapportent que les jeunes filles considèrent généralement que la décision de mener leur grossesse à son terme leur revient entièrement, si bien que leur partenaire est rarement consulté au moment de prendre la décision. Toutefois, le choix de continuer ou non la grossesse est influencé par l'existence d'un projet, réel ou anticipé, de former un couple. Les soignants interrogés soulignent que la notion de parentalité chez le garçon serait encore plus complexe que chez la fille et, bien que le partenaire soit souvent absent des consultations adolescentes, ils suggèrent qu'il serait utile d'offrir davantage de place, d'écoute et de soutien aux futurs pères.

Les facteurs matériels et financiers peuvent être des facteurs supplémentaires qui viennent renforcer la jeune fille dans la décision de poursuivre sa grossesse.

2.4.3 Ce qu'en disent les jeunes mamans

Les jeunes filles rencontrées ont exprimé de la satisfaction à l'égard de l'attitude rencontrée par les professionnels de santé au moment où elles ont été confrontées au fait de devoir prendre une décision. Elles ont décrit l'attitude des professionnels comme bienveillante et ne les ayant poussé ni dans une direction ni dans une autre.

Les résultats de l'étude auprès des jeunes filles suggèrent que deux types de situations, conduisant à des besoins d'accompagnement différents peuvent être grosso-modo envisagées :

- 1) La jeune fille vit, au moment de la grossesse, dans sa famille qui accepte d'accueillir l'enfant et d'accompagner la jeune fille dans son parcours de grossesse et de maternité. Du point de vue "pratique", c'est parfois la situation idéale... l'enfant à venir devient l'objet d'un projet familial et la famille de la jeune mère contribue à pourvoir aux besoins du bébé et de sa mère. Toutefois, du point de vue symbolique, notamment en rapport avec la place des uns par rapport aux autres dans la famille, cela peut poser question. (NB : les soignants interrogés ont d'ailleurs soulevé la nécessité d'être particulièrement attentifs, dans ce genre de situations, au fait que la jeune fille puisse effectivement prendre sa place de mère).
- 2) La jeune fille vit, avant la grossesse ou au cours de la grossesse, une situation de rupture par rapport au milieu familial et peut se retrouver en situation de grande solitude et de grande précarité, y compris parfois lorsque le père de l'enfant est présent et l'accompagne. Cette situation suscite un certain nombre de besoins particuliers d'accompagnement de la part des professionnels.

Indépendamment du type de situation, les résultats de l'étude auprès des jeunes filles montrent que la décision de poursuivre une grossesse est souvent prise en lien avec un projet de couple ou le désir de vivre en couple, même si les jeunes filles –comme cela a été relevé aussi dans la littérature et par les soignants interrogés- n'associent pas en général leur copain à la décision de poursuivre la grossesse.

Dans les situations où la décision de mener la grossesse à son terme est favorisée par le climat familial, les résultats de l'étude suggèrent que la mère et le père de la jeune fille interviennent différemment dans la décision de mener la grossesse à son terme : tandis que la mère a plutôt un rôle d'accompagnement et de transmission, le père est celui qui autorise moralement et symboliquement la jeune fille à devenir mère.

Comme cela a déjà été souligné, les jeunes filles les plus défavorisées ou les plus isolées, sont également celles qui ont le plus de besoins et d'attentes à l'égard des professionnels de santé rencontrés. Au moment de prendre leur décision, ces jeunes filles apprécient particulièrement d'être bien informées sur leur droits, concernant en particulier les aspects matériels et financiers liés à la poursuite de leur grossesse (allocations, etc.). Une fois que la décision a été prise, les attentes portent moins sur le déroulement même de la grossesse que sur l'environnement dans lequel se déroule cette grossesse. En tout premier lieu, les jeunes filles en situation de rupture familiale ont décrit un besoin criant d'être aidées à accéder à un logement décent.

Outre le besoin d'être aidées à accéder à un logement satisfaisant, les jeunes filles en situation de rupture familiale et qui ont décidé de devenir mères, ont également exprimé le besoin de pouvoir être aidées ponctuellement par un système de halte-garderie, qui leur permettrait de faire leurs démarches administratives (recherche de logement ou d'emploi), de poursuivre leur scolarité ou, tout simplement, de « souffler ».

Alors que cela n'est que peu ou pas évoqué dans la littérature ou par les soignants, les résultats de l'étude auprès des adolescentes ayant décidé de mener leur grossesse à son terme révèlent des besoins particuliers des adolescentes autour de l'accouchement et de la dépression du post-partum. Plusieurs jeunes filles ont témoigné de leur méconnaissance du déroulement d'un accouchement et des signes qui doivent conduire à se rendre à l'hôpital, en cours ou en fin de grossesse. L'accouchement est un moment de rupture au sens propre et au

sens figuré du terme, qui requiert une présence attentive de la part des professionnels, en particulier quand la jeune fille est en situation de rupture familiale.

Enfin, plusieurs témoignages ont révélé que les jeunes filles avaient eu des symptômes dépressifs après l'accouchement, mais qu'elles avaient essayé de les taire par méconnaissance de leur fréquence chez d'autres mères, pas seulement chez les adolescentes, mais aussi du fait de la perception d'une certaine pression sociale qui les met dans l'obligation morale d'assumer leur décision de poursuivre une grossesse, parfois contre l'avis de leurs parents, de leur copain, de l'école, etc. Les jeunes filles qui ont été rencontrées dans le cadre de cette étude semblaient être particulièrement désireuses d'affirmer que tout allait bien pour elles. C'est d'ailleurs une des raisons qui ont motivé le changement des critères d'inclusion dans l'échantillon, pour avoir accès aussi au témoignage de femmes plus âgées, qui ont évoqué leur expérience avec la distance des années.

2.4.4 Discussion et recommandations

La lutte contre la précarisation et la solitude des jeunes filles qui développent une grossesse dans une situation de rupture familiale constitue une priorité dans le cadre de l'accompagnement qui leur est proposé. Un logement insalubre¹⁰ constitue en effet un facteur de morbidité physique et psychique tant pour la mère que pour l'enfant.

Pour l'ensemble des jeunes filles enceintes qui prennent la décision de mener leur grossesse à son terme, un accompagnement pourrait être proposé pour annoncer au père de l'enfant et à la famille de la jeune fille la grossesse et/ou la décision de la poursuivre. Un accompagnement individualisé pourrait être systématiquement proposé au futur papa et aux parents de la jeune fille, pour qu'ils puissent être mieux préparés à l'arrivée de l'enfant en exprimant leur vécu, leurs questions et leur craintes, et en ayant ainsi la possibilité de clarifier aussi leur rôle à l'égard de la future maman et de son bébé.

Enfin, en ce qui concerne l'accompagnement des jeunes filles elles-mêmes, il serait utile d'explorer systématiquement les représentations, les craintes et les désirs que ces jeunes filles ont pour elles-mêmes et pour leur enfant, afin de leur permettre le cas échéant de s'exprimer sur certains aspects parfois traumatiques de leur vécu (ex. abus sexuel, obligation d'avorter lors d'une précédente grossesse, antécédents familiaux tels que le décès de leur propre mère au moment de leur naissance, etc.), qui peuvent avoir un retentissement important sur le vécu de leur grossesse et sur le développement ultérieur de leur relation avec leur enfant, s'ils ne sont pas suffisamment verbalisés et représentés. Toutes les jeunes filles, avec une attention particulière pour les jeunes filles en situation de rupture familiale, devraient recevoir des informations très concrètes sur la grossesse et l'accouchement aux différents moments leurs rencontres avec les professionnels : *les contractions, ça fait mal comment ? si j'ai un problème, quel numéro puis-je appeler ? comment se passe l'accouchement ?*, etc. Il ne faut pas hésiter à répéter et éventuellement noter les informations transmises. Enfin, les jeunes filles devraient être systématiquement informées avant la naissance de la réalité du risque de dépression post-partum pour ne pas s'en effrayer, ni s'en sentir coupables si elles le vivent.

¹⁰ plusieurs jeunes filles ont témoigné de leur difficulté à accéder à un logement décent, dans lequel elles se sentent bien et en sécurité. Une jeune fille, qui a été rencontrée à son domicile, vivait au moment de l'entretien dans une cave de 10m², sans fenêtre et n'avait pas de téléphone en continuité (téléphone portable au crédit régulièrement épuisé).

Cette réalité mériterait d'être mieux étudiée pour être, le cas échéant, prise en compte plus systématiquement. En effet, dans le cadre d'une étude prospective réalisée en Amérique du Nord auprès de 623 mères adolescentes qui ont été suivies pendant 4 ans à partir de la naissance de leur enfant, il a été observé que plus de 50 % des jeunes filles avaient éprouvé des symptômes dépressifs dans l'année qui a suivi la naissance de leur enfant et que la fréquence la plus élevée était observée trois mois après l'accouchement (Schmidt et al., 2006). Les auteurs de cette étude recommandent un dépistage plus systématique de la dépression chez les mères adolescentes, pendant plusieurs années après l'accouchement.

2.5 Devenir parent à l'adolescence

2.5.1 *Ce qu'en dit la littérature*

Dans les discours actuels, la grossesse et la maternité précoce sont souvent décrites comme problématiques et même pathologiques. Ce portrait de la parentalité précoce vient de plusieurs études qui ont montré que la maternité précoce aurait des conséquences sanitaires et socio-économiques négatives (Lawlor et Shaw, 2002). Toutefois, la grossesse et l'entrée dans la parentalité à l'adolescence sont parfois aussi présentées comme pouvant avoir des conséquences positives (Cournoyer, 1995). Selon le soutien de l'entourage et la disponibilité des ressources environnantes, bien des adolescentes et des adolescents réussiraient progressivement à assumer et à intégrer leur nouveau rôle de parent.

2.5.2 *Ce qu'en disent les professionnels*

De l'avis des soignants interrogés, outre le suivi médical de la grossesse, le soutien matériel et financier, et le soutien psychologique, les différentes structures d'aide ont un rôle important de soutien à la parentalité à jouer. Ainsi, les jeunes filles ou jeunes couples devraient être invités systématiquement pendant la grossesse et après la naissance à s'exprimer (par exemple dans le cadre de groupes de parole) sur ce que signifie le fait d'être parent et être aidés à prendre toute la mesure de leur responsabilité et à développer des compétences parentales. Les soignants suggèrent qu'une attention particulière soit portée aux jeunes filles qui bénéficient d'un important soutien familial, dans la mesure où des confusions de rôle pourraient survenir (cf. grand-mère prenant la place de la mère).

Le besoin de travailler plus systématiquement en réseau a été souligné par plusieurs soignants, voire de créer un service de coordination spécifique, qui s'occuperait de tous les besoins de l'adolescente enceinte.

En outre, les soignants interrogés pensent qu'il serait utile de créer des lieux de vie, d'écoute et de parole spécifiques pour accompagner les adolescentes enceintes ou les jeunes mamans. Conscients des difficultés que rencontrent certaines jeunes filles ou certains jeunes couples pour se loger et conscients de la nécessité de favoriser l'émergence des compétences parentales, certains soignants suggèrent de créer des structures d'accueil pour jeunes mères ou jeunes couples, avec la présence d'une puéricultrice 24h/24 pour assister dans les tâches de maternage. En effet, les Maisons maternelles sont considérées comme n'étant pas assez nombreuses et pas adéquates, parce que les adolescentes y sont en contact avec des femmes

vivant d'autres types de problématiques (ex. femmes battues) et accompagnées d'enfants dont l'âge n'est parfois pas loin de celui des adolescentes.

Enfin, les soignants interrogés sont d'avis que les jeunes filles devraient être accompagnées au mieux dès leur grossesse pour envisager la poursuite de leur scolarité ou d'un autre projet personnel une fois que l'enfant est né. Certains soignants souhaiteraient que des droits spécifiques soient accordés aux jeunes mamans pour poursuivre leur scolarité dans les meilleures conditions possibles (cf. congé maternel, etc.). Parallèlement, le nombre de places en crèche devrait être augmenté ou un accès prioritaire garanti à la jeune maman

2.5.3 Ce qu'en disent les jeunes mamans

Alors que les grossesses précoces sont souvent implicitement ou explicitement considérées comme des grossesses non désirées ou non désirables (donc à prévenir), les résultats des entretiens auprès des jeunes mamans montrent que :

- même si la grossesse est au départ souvent accidentelle, l'enfant qui va naître est un enfant désiré... au moins par sa mère mais parfois aussi par son père ;
- même si la situation est difficile, l'enfant est souvent investi par sa mère comme une source de plaisir et de gratification.

En effet, l'analyse des entretiens a souligné que la plupart des jeunes filles avaient du plaisir à être au contact de leur enfant et qu'elles étaient capables d'un lien d'attachement fort. Toutefois, le contenu de certains témoignages confirme que le sentiment de compétence parentale a besoin d'être particulièrement encouragé, soutenu et accompagné chez ces jeunes mères.

Ainsi, une jeune femme qui avait été une première fois maman à 16 ans, puis une deuxième fois 10 ans plus tard, souligne s'être rendu compte avec le temps qu'elle avait peut-être à l'époque accueilli son premier enfant comme une poupée plus que comme une personne à part entière. Une autre jeune femme, rencontrée quelques jours avant la rentrée de son enfant en classe maternelle exprime pour seule préoccupation le fait que son enfant sera propre d'ici là ou non. Alors que l'enfant n'a jamais été en crèche, la jeune maman ne s'interroge pas sur la manière dont l'enfant vivra cette séparation et sur la manière dont il pourrait être préparé au mieux à cet événement.

Plusieurs jeunes filles ont exprimé le souhait d'être conseillées quant à leur mission éducative auprès de leur jeune enfant, tout en soulignant qu'elles ne souhaitaient pas qu'on prenne leur place et que leur responsabilité et leur compétence devaient leur être reconnues. Elles ont par ailleurs émis le souhait, comme le proposent également les soignants, de pouvoir avoir accès à des lieux de rencontre où elles pourraient librement aborder leurs sujets de préoccupation, en lien avec les besoins de leur enfant et/ou leurs propres besoins.

Si l'éveil de la conscience des besoins d'un enfant « sujet », considéré comme une personne à part entière, semble demander à être soutenu dans certains cas, la plupart des jeunes filles s'expriment en revanche avec satisfaction quant à leur sentiment d'auto-efficacité concernant les soins à donner à l'enfant. Elles se font un devoir de se montrer capables et tirent une certaine fierté d'être reconnues comme telles par leurs parents, par les professionnels, etc.

En ce qui concerne la poursuite d'objectifs plus personnels, comme la poursuite de leur scolarité ou de leurs besoins de socialisation, la situation de certaines jeunes filles est apparue comme préoccupante, dans la mesure où elles semblent parfois isolées de tout du fait de leur maternité, y compris parfois lorsqu'elles vivent en couple. Leur enfant (et parfois leur compagnon) peut devenir leur seule source de préoccupation, au détriment de leurs propres besoins développementaux. L'analyse de certains entretiens suggère en effet que la maternité peut transformer l'expérience de l'adolescence au point que certaines jeunes filles se retrouvent fort isolées, parce qu'elles se sentent en décalage par rapport à leur cercle d'amis antérieur à la naissance et qu'elles ont décidé que leur enfant serait dorénavant leur priorité de vie. De fait quand la question des relations avec les copines étaient abordées, c'était plus souvent pour évoquer le rôle joué par les copines dans l'éducation de leur enfant ou pour la poursuite de leur scolarité... le rôle des copines pour se distraire était passé sous silence, à moins que la jeune fille ne s'exprime explicitement sur le fait de se sentir en décalage, voire ne rupture, vis à vis des copines.

2.5.4 Discussion et recommandations

Le soutien à la parentalité est l'un des aspects essentiels de la prévention qui peut être faite autour de la question des grossesses précoces. Ce soutien devrait viser le renforcement du sentiment de compétence parentale chez les jeunes mères et leur sensibilisation aux besoins psychodéveloppementaux de l'enfant, et à leurs propres besoins.

Une des raisons pour lesquelles la survenue d'une grossesse à l'adolescence est généralement redoutée est liée au fait que les jeunes filles qui deviennent maman ont à affronter un double processus de construction et/ou changement identitaire, qui est potentiellement conflictuel : d'une part, le changement identitaire lié à l'adolescence et, d'autre part, le changement identitaire lié à la parentalité.

Dans le regard des professionnels, ce double processus est parfois considéré comme conflictuel, voire antinomique. Ainsi, une étude réalisée par Breheny & Stephens (2007) auprès de 17 professionnels de la santé en Nouvelle-Zélande, qui ont régulièrement des contacts avec des mères mineures dans différents contextes professionnels, révèle que les jeunes mères sont généralement considérées par les professionnels comme des adolescentes avant tout, donc potentiellement incapables d'être de « bonnes » mères. Les professionnels interrogés sont en effet d'avis que les jeunes mères feraient passer systématiquement leurs propres besoins de sorties, de divertissements, etc. avant les besoins de leur enfant. Les auteurs concluent que les professionnels de la santé considèrent que la grossesse et l'accès au statut de mère ne constituent pas un facteur de maturation psychosociale (estime de soi, sentiment d'efficacité personnelle, sentiment de contrôle sur sa vie, etc.) pour ces jeunes filles.

Plusieurs auteurs (Bettoli, 2003 ; Sommer, 2005) soulignent la nécessité de laisser suffisamment de temps aux jeunes femmes pour se construire à la fois en tant qu'adultes et en tant que mères. L'analyse des entretiens réalisés auprès des jeunes mamans suggère que celles-ci souhaiteraient que les messages éducatifs qui leur sont destinés soient formulés comme s'adressant à elles parce qu'elles sont mères, et non parce qu'elles sont adolescentes avant tout. D'ailleurs, plusieurs participantes ont souligné qu'elles ne se reconnaissaient pas dans le terme « d'adolescente » ou de « mère-adolescente », puisque la maternité les avait,

selon elle, propulsées directement dans le monde des adultes, changement que certaines avaient elles-mêmes souhaité.

La parentalité étant une expérience de transformation identitaire pour toute personne qui accède au statut de parent pour la première fois, les difficultés qui sont vécues par les mineures ne sont probablement pas imputables uniquement à leur âge ou à leur stade de développement. Il est important de le formuler explicitement, tant en direction des professionnels que des adolescentes elles-mêmes, pour éviter de la part des professionnels une anticipation trop négative de la capacité de ces jeunes femmes à être mère et, de la part des jeunes mères, qu'elles ne taisent leurs difficultés de peur d'apparaître comme incapables...

Le fait que les grossesses et les maternités précoces soient présentés dans la littérature et par les soignants comme survenant le plus souvent chez des jeunes filles en situation de précarité socio-économique, complique probablement la capacité éducative de ces jeunes filles mais ne la compromet pas nécessairement. La nécessité d'un soutien et d'une présence aux différentes étapes de la grossesse et après la naissance de l'enfant, en particulier pour les jeunes filles en situation de rupture familiale, a déjà été évoquée à plusieurs reprises. L'importance et le rôle des travailleurs médicaux-sociaux de l'ONE, qui interviennent au domicile des jeunes mamans, a d'ailleurs été souligné à la fois par les soignants et par certaines jeunes mamans. Les soignants déplorent cependant le manque de moyens ou de personnel qui ne permettent pas des visites régulières et fréquentes auprès de toutes les jeunes mamans.

Enfin, il apparaît au travers des résultats de la littérature comme dans l'étude auprès des soignants et des jeunes mamans, que les jeunes filles qui décident de mener leur grossesse à son terme courent un risque particulièrement élevé de ne pas poursuivre leur scolarité et de nier un certain nombre de leurs propres besoins. Toutefois, il n'est pas clairement établi dans quel sens va la relation : est-ce la situation de décrochage scolaire qui conduit à la survenue d'une grossesse ? ou est-ce la survenue d'une grossesse qui conduit au décrochage scolaire ? En plus d'une plus grande accessibilité à des moyens de garde, des solutions alternatives à la scolarité en établissement scolaire pourraient être pensées, comme par exemple des cours à domicile ou en Maison maternelle.

3. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

3.1 Synthèse des recommandations pour des interventions éducatives en amont de la survenue d'une grossesse

Les adolescent(e)s devraient recevoir une information claire et précise sur TOUTES les méthodes contraceptives, leurs avantages et inconvénients, indications et contre-indications, les moyens de se les procurer, leur coût, etc.¹¹ (à l'heure actuelle, l'accent est généralement mis sur l'utilisation conjointe de la pilule et d'un préservatif.)

¹¹ Les recommandations formulées dans le cadre de ce rapport concernent la prévention des grossesses précoces uniquement. Nous n'avons pas abordé la question de la prévention des maladies sexuellement transmissibles, qui est fait partie aussi des interventions d'éducation à la vie affective et sexuelle.

Il est recommandé de systématiser et répéter les interventions à l'éducation à la vie sexuelle et affective par des professionnels spécifiquement formés à cet effet dans toutes les écoles, le plus tôt possible (fin de primaire), en répétant les interventions à intervalles réguliers (au moins une fois par an dans toutes les classes), en privilégiant des groupes de taille réduite qui favorisent l'interactivité et la possibilité de partir du questionnement des jeunes, etc.

Dans le cadre de ces interventions et sans pour autant négliger l'éducation affective (à la relation, à l'amour), nécessité d'informer plus systématiquement sur :

- La contraception d'urgence (« pilule du lendemain ») : l'information devrait être diffusée plus systématiquement auprès de tous les adolescents (les garçons comme les filles), de même qu'auprès des professionnels (conditions d'accessibilité, etc.)
- Le fait que la probabilité de survenue d'une grossesse n'est pas liée à la fréquence ou à la régularité des rapports sexuels, et qu'une grossesse peut donc survenir même lors du premier rapport ou lors d'un rapport occasionnel.
- Les rôles, les missions et les adresses des différentes structures spécialisées (cf. carnet ONE ou dépliant Planning familial), et leurs spécificités (discrétion, accessibilité, gratuité).
- Les premiers signes de grossesse.
- Le développement de l'enfant in utero.
- L'avortement .
- Les besoins essentiels d'un enfant : besoins soins, de relation, de sécurité, etc.

Toutefois, les interventions d'éducation à la vie affective et sexuelle ne devraient pas être de nature informative uniquement. Il convient de travailler également (par des méthodes participatives favorisant l'émergence du questionnement des jeunes) :

- L'estime de soi et, de manière générale, l'acquisition ou le renforcement de compétences psychosociales, telles que la capacité d'identifier et d'exprimer ses besoins, de faire des choix, de négocier, etc.
- La vie en couple .
- Les aspects émotionnels, comme par exemple la peur de décevoir ou la honte, qui peuvent entraver communication autour de la question de la contraception.
- Le désir d'enfant : reconnaître qu'il existe, qu'il peut être ambivalent, qu'il ne doit pas nécessairement se concrétiser par la conception d'un enfant... ne pas le nier dans un souci de prévention !

Les garçons devraient être plus systématiquement impliqués, responsabilisés et informés de leurs droits, devoirs et obligations.

Des interventions spécifiques pourraient avoir lieu, non seulement en direction des jeunes eux-mêmes mais aussi en direction des adultes qui gravitent autour des jeunes et qui ont aussi un rôle éducatif à jouer :

- Proposer des interventions éducatives en direction des parents (qui pourraient être invités par le biais des écoles par exemple), pour qu'ils soient mieux préparés à aborder les questions liées à la sexualité et à la contraception avec leurs enfants.
- Préparer les directeurs d'écoles et les enseignants à accueillir les jeunes filles enceintes et à favoriser leur accueil par leurs pairs (cela contribuerait à destigmatiser et à casser la représentation qu'une grossesse à l'adolescente peut être « contaminante »).
- Impliquer les généralistes dans la prévention des grossesses précoces, en les formant à aborder plus systématiquement la question de la contraception avec leurs jeunes

patientes et en les incitant à prescrire des pilules qui leur soient accessibles financièrement.

Il est proposé d'utiliser plus systématiquement tous les médias (ex. TV, revues, internet, etc.) pour diffuser des informations ou des films éducatifs.

3.2 Synthèse des recommandations pour l'accompagnement éducatif au moment du « diagnostic » de grossesse

L'accompagnement éducatif au moment du diagnostic de grossesse comprend deux volets :

- 1) L'accompagnement pour aider à prendre une décision :
 - S'enquérir de la situation très concrète de la jeune fille (du jeune couple) et l'aider à identifier dans quelle mesure elle dispose d'un soutien social.
 - Fournir toutes les informations nécessaires à une prise de décision éclairée et responsable, y compris informations sur les droits (cf. allocations, crèches, etc.) en cas de décision de poursuivre une grossesse et informations très concrètes mais « neutres » sur le développement de l'enfant in utero et sur le déroulement de l'avortement (comment se passe l'intervention, que peut ressentir la mère sur le plan psychique et moral, etc.), quelles sont les structures ou personnes ressources en cas de décision d'avortement ou de poursuite de la grossesse, etc.
 - Proposer éventuellement une aide à l'annonce du diagnostic de grossesse au père de l'enfant et aux parents de la jeune fille, voire à toute personne identifiée par la jeune fille comme un faisant partie de son réseau social et susceptible de la soutenir ou de l'accompagner dans l'expérience qu'elle est en train de vivre.
- 2) L'accompagnement pour aider à assumer la décision prise, quelle qu'elle soit. En particulier :
 - Etre particulièrement vigilant autour des questions de l'avortement ; proposer un accompagnement et un suivi à long terme.
 - Etre particulièrement vigilant en présence d'une jeune fille en situation de rupture familiale qui déciderait de poursuivre sa grossesse : l'aider à identifier une personne ressource qui la soutiendrait, qui l'aiderait à accomplir toutes ses démarches pendant toute la durée de sa grossesse.

3.3 Synthèse des recommandations pour l'accompagnement éducatif pendant la grossesse

Il est important de :

- Préparer et accompagner l'émergence des compétences parentales dès la grossesse¹².

¹² La brochure « Devenir parents » (édition 2007) de l'ONE pourrait être proposée systématiquement pour aider à amorcer un dialogue autour de la question de la parentalité. Toutefois, comme tout outil, cette brochure sera utile aux futurs parents si elle permet une discussion et un dialogue avec les professionnels, qui devraient prendre le temps de la commenter avec les futurs parents.

- Proposer un accompagnement plus systématique non seulement de la jeune fille mais aussi du père de l'enfant ou des parents de la jeune fille, afin d'aider chacun à clarifier ses attentes, ses peurs et son rôle familial, moral et légal.
- Etre particulièrement vigilant aux situations d'annonce ou de découverte d'une grossesse tardive chez une adolescente.
- Fournir des informations claires, concrètes et précises pour préparer l'accouchement ; s'enquérir plus systématiquement des représentations et des peurs éventuelles de la jeune fille autour de cette question.
- Informer dès la grossesse de la réalité du « blues du post-partum » et signaler que cela peut arriver et qu'il convient d'en parler et de se faire aider.

3.4 Synthèse des recommandations pour l'accompagnement éducatif après la naissance de l'enfant.

Il est souhaitable de :

- Encourager, soutenir et accompagner la parentalité, notamment à travers des lieux de rencontres et d'écoute.
- Favoriser des lieux et des moments de rencontres entre jeunes filles ou jeunes couples pour partager et échanger autour de l'expérience de vivre avec un bébé quand on est encore adolescent.
- Pour les jeunes filles en situation de rupture familiale : accompagner (dès la grossesse) les démarches de recherche d'un logement décent, dans un environnement sécurisant pour la mère et l'enfant.
- Aider les jeunes filles (les jeunes couples) à prendre conscience non seulement des besoins de leur enfant mais aussi de leurs propres besoins (de scolarisation, de socialisation, etc.) ; les aider à identifier des stratégies pour répondre au mieux à ces besoins.
- Reconnaître le désir et la capacité d'être mère : en particulier, formuler des messages éducatifs s'adressant aux jeunes filles en tant que mères, pas en tant qu'adolescentes¹³.

4. CONCLUSION

Les recommandations qui ont été émises au terme de la confrontation des résultats des trois études - revue de la littérature, étude auprès de soignants, étude auprès de jeunes femmes ayant décidé de mener une grossesse précoce à son terme - concernent à la fois une meilleure prévention des situations non désirées et un meilleur accompagnement des jeunes filles, quelle que soit l'issue de leur grossesse.

En effet, les efforts de prévention qui sont déployés en direction des grossesses « précoces » ne devraient pas concerner uniquement la prévention de la survenue de ces grossesses, mais également la prévention des éventuels troubles du développement qui sont susceptibles d'apparaître, chez l'enfant comme chez la maman ou chez les jeunes parents, dans la mesure où ils sont empêchés de vivre une adolescence « normale », ou parce que la décision de mener

¹³ Plusieurs jeunes filles de l'échantillon ont déclaré ne pas se reconnaître dans le terme d'adolescentes car elles considéraient que l'expérience de la maternité les avait fait accéder plus directement à un statut d'adultes.

à terme une grossesse survient dans un contexte de fragilité ou de précarité matérielle, affective et sociale.

La survenue d'une grossesse à l'adolescence peut apparaître dans certains cas comme faisant partie d'une stratégie d'adaptation pour échapper à une situation de vie perçue comme intenable ou, tout simplement, pour avoir un but dans l'existence, pour passer à un statut d'adulte. Cette constatation suggère une réflexion autour de la question du « désir » d'enfant, qui pourrait correspondre en réalité à un besoin dans certains cas. Il serait par conséquent pertinent d'explorer avec les jeunes femmes concernées, dans le cadre du suivi médical, social et psychologique dont elles bénéficient, à quel besoin répond en réalité l'arrivée de l'enfant. Ceci permettrait, le cas échéant, d'envisager avec elles la mise en place de stratégies d'adaptation complémentaires pour que, tout en s'occupant de leur bébé, elles ne soient pas dans la négation de leurs propres besoins de développement, valorisation, scolarisation, socialisation, etc.

La prévention dans le cadre des grossesses chez les mineures ne concerne donc pas seulement la question des moyens de contraception qui sont mis à la disposition des adolescent(e)s pour vivre leur sexualité mais concerne aussi :

- Un soutien à la parentalité pour toutes les jeunes filles (en couple ou non) qui décident de mener leur grossesse à terme.
- Un accompagnement psychosocial pour toutes les jeunes filles qui ont vécu une situation de grossesse « précoce », quelle qu'en ait été l'issue (fausse couche, avortement, naissance, placement, etc.).
- Un soutien matériel pour les jeunes filles qui sont en situation de rupture familiale (cf. recherche de logement, halte-garderie pour permettre la réalisation de démarches personnelles, etc.).

L'analyse de la littérature démontre que la réalité de la grossesse à l'adolescence est plus souvent décrite du point de vue des professionnels que des adolescentes elles-mêmes. Or, les professionnels interrogés sont susceptibles d'interpréter cette réalité en fonction de leurs propres représentations et de leur propre expérience. De surcroît, ces professionnels sont en contact avec ces jeunes filles dans un laps de temps très court à l'échelle d'une vie, qui est le temps de la grossesse, de l'accouchement et du début de la maternité. Les entretiens qui ont été réalisés dans le cadre de l'étude auprès de jeunes femmes ayant décidé de mener une grossesse précoce montrent qu'en dépit des difficultés rencontrées, les jeunes femmes identifient un nombre d'aspects positifs à leur expérience de la maternité. Le rôle du soutien affectif et social, qui peut être pourvu par le compagnon, les parents, une grand-mère et/ou les copines des jeunes femmes qui décident d'avoir un enfant est un facteur important pour permettre à une jeune fille de se sentir bien, à la fois dans son rôle de mère et dans sa vie d'adolescente. Outre l'accompagnement de la jeune fille elle-même, il semble important de développer et de proposer plus systématiquement un accompagnement qui s'adresserait, en accord avec la jeune fille, aux personnes de son entourage proche, identifiées par la jeune fille comme ayant un rôle à jouer dans l'éducation de l'enfant.

Références bibliographiques

Alvin P., Buceta A., Dailland F., (2003), Santé, sexualité et Internet. Un portail d'adresses utiles pour les adolescents., Archives de pédiatrie, 10, pp.185-187.

Alvin P., (2006), Contraception chez l'adolescente : le grand paradoxe., Archives de pédiatrie, 13, pp. 329-332.

Arai L., (2003), Low expectations, sexual attitudes and knowledge : explaining teenage pregnancy and fertility in English communities. Insights from qualitative research., The Editorial Board of The Sociological Review, pp. 119-216.

Aujoulat I. (2007). L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Thèse de doctorat non publiée. Université Catholique de Louvain, Ecole de santé publique, Unité d'éducation pour la santé RESO, Bruxelles

Bailey P.E., Bruno Z.V., Bezerra M.F., Queiroz I., Oliveira C.M. & Chen-Mok M., (2001), Adolescent pregnancy 1 year later: the effects of abortion vs. motherhood in northeast Brazil., Journal of Adolescent Health, 29, pp. 223-232.

Banque de données médico-sociales de l'ONE., (2003), Rapport 2002-2003. Dossier spécial: mères adolescentes. Bruxelles, D/2003/74.80/12, 63p.

Beghin D., Ndamè S., Lucet C., (2004), Grossesses d'adolescentes en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale. Texte communiqué en novembre 2004 à l'Institut de Démographie de l'Université catholique de Louvain dans le cadre de la Chaire Quetelet.

Beghin D., Cueppens C., Lucet C., Ndamè S., Masuy-Stroobant G., Sasse A., Piette D., (2006), Adolescentes : sexualité et santé de la reproduction. Etat des lieux en Wallonie et à Bruxelles. Bruxelles, février, 64 p., Avec le soutien de la Communauté française de Belgique.

Bettoli L., (2003), Parents mineurs : la grossesse, facteur de maturation pour les jeunes parents ? Quels risques comporte-t-elle ? Quel accompagnement à Genève ?, Thérapie Familiale, Genève, 24(2), pp. 179-191.

Blais J., (2005), La grossesse à l'adolescence : un phénomène qui persiste ! Ca s'exprime, le magazine des intervenants menant des activités d'éducation à la sexualité auprès des jeunes du secondaire. Une production du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Université du Québec à Montréal. 8p.

Breheeny, M., & Stephens, C., (2007), Irreconcilable differences: health professionals' constructions of adolescence and motherhood., *Social Science & Medicine*, 64, pp. 112-124.

Corcoran J., Franklin C., Bennett P., (2000), Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting., *Social Work Research*, vol. 24, n° 1, pp. 29-39.

Cournoyer, M. (1995). Maternité précoce: un passage inédit à l'âge adulte. *PRISME*, 5, pp. 266-287.

Dadoorian D., (2005), Grossesses adolescentes, Editions Erès Collection La vie de l'enfant, 127p.

Davis S.L., DiClemente R.J, Wingood G.M., Harrington K.F., Crosby R.A., Sionean C., (2003), Pregnancy desire among disadvantaged African American adolescent females, *American Journal of Health Behavior*, 27 [1], pp. 55-62.

DiCenso A., Guyatt G., Willan A., Griffith L., (2002), Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*, 324, pp. 1-9.

Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P.J., Tafforeau J. Van der Heyden J., (2004), Enquête de santé par interview en Belgique, Institut Scientifique de la Santé Publique (ISSP) et Direction Générale Statistique et Information économique., *IPH/EPI REPORTS n° 2006-036*.

Faucher P., Dappe S., Madelenat P., (2002), Maternité à l'adolescence: analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers., *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 30, pp. 944-952.

Fournier C., (2006), Aider une adolescente à choisir sa contraception : recommandation aux professionnels., *La Santé de l'Homme*, 382, p.48.

Fourny D., (2005), Education sexuelle et affective des jeunes., Parlement de la Communauté française, Suestion orale à la Ministre Présidente chargée de l'enseignement obligatoire et de Promotion sociale, Réf. Doc. Parl. : CRI Commission – 59 – Educ.10 (2004-2005) – 12 mai, www.lecdh.be/docparlement, 4p.

Haldre K., Karro H., Rahu M., Tellmann A., (2005), Impact of rapid socio-economic changes on teenage pregnancies in Estonia during 1992-2001., *Acta Obstetrica Gynecolo Scand*, 84, pp. 425-431.

Herbigniaux F. & Thai Y., (2005), Les méthodes contraceptives chez les jeunes. Enquête menée auprès des 13-21 ans par la fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes., Bruxelles, mars, 44 p.

Hillis S.D., Anda R.F., Dube S.R., Felitti V.J., Marchbanks P.A., Marks J.S., (2004), The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and foetal death. *Pediatrics*, 113, (2), pp. 320-327.

Jadoul P., (2004), La contraception chez l'adolescente., Revue Louvain Médical, n° 123, pp. S40-S44.

Jewell D., Tacchi J., Donovan J., (2000), Teenage pregnancy : whose problem is it ?, Family Practice, vol. 17, n° 6, pp. 522-528.

Lawlor, D. A., Shaw, M. (2002). Too much too young? Teenage pregnancy is not a public health problem . International Journal of Epidemiology. 31: pp. 552-553.

Le Van C., (1998), Les grossesses à l'adolescence : normes sociales, réalités vécues., L'Harmattan, Paris, 205 p.

Loignon C. (1996), Prévention et soutien de la grossesse et de la maternité/paternité à l'adolescence. Etat de la situation pour la région de Montréal. Rapport de recherche menée dans le cadre du programme projet placement carrière. Août.

Miller F.C., (2000), Impact of adolescent pregnancy as we approach the new millennium., Journal of Pediatric Adolescent Gynecology, 13, pp. 5-8.

Miller B.C., Benson B., Galbraith K.A., (2001), Family relationships and adolescent pregnancy risk: a research synthesis., Developmental Review, 21, pp. 1-38.

Moreau, N., Swennen, B., Roynet, D., & l'équipe du GACEHPA (2006). Etude du parcours contraceptif des adolescentes confrontées à une grossesse non prévue : éléments pour une meilleure prévention ? Ed. GACEHPA asbl, 151 p.

Nativel, C. & Daguerre A.,(2003), Un indicateur de la désinsertion sociale. Voyage au pays des maternités précoces., Le Monde Diplomatique, 12, 4p.

Pereira A., Canavarro M.C., Cardoso M.F. & Mendonça D., (2005), Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy : a cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socio-economic status., Adolescence, 40 (159) pp. 655-671.

Piette D., Parent F., Coppieters Y., Favresse D., Bazelmans C., Kohn L., et de Smet P, (2003), La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994. (Enquête HBSC Health Behaviour in School-aged Children). ULB-PROMES, Bruxelles, 111p.

Pope L.M., Adler, N., Tschann, J. M. (2001). Postabortion psychological adjustment : are minors at increased risk ?, Journal of Adolescent Health., 29: pp. 2-11.

Renard K., Senterre C., & Piette D., (2003), Etat des lieux des activités d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire en Communauté française de Belgique : Enquête quantitative auprès d'élèves de l'enseignement secondaire. Rapport « jeunes » de l'état des lieux de l'éducation sexuelle et affective, septembre.

Roy S. & Charest D., (2002), Jeunes filles enceintes et mères adolescentes: un portrait statistique. Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation, Bibliothèque nationale du Québec.

Schmidt, R.M., Wiemann, C. M., Rickert, V.I., O'Brian Smith E. (2006). Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. *Journal of Adolescent Health*. 38, pp. 712-718.

Sommer M. (2005), Faire un enfant est-ce fonder une famille ? Le cas des grossesses adolescentes in « Peemans-Pouillet H., Familles ... attachantes ? » , Bruxelles, Université des Femmes, Coll. Pensées féministes, pp. 153-167.

Sundby J, Svanemyr J, Maehre T., (1999), Avoiding unwanted pregnancy – the role of communication, information and knowledge in the use of contraception among young Norwegian women., *Patient Education and Counseling*, 38, pp. 11-19.

Toumbourou, J. W., & Gregg, M.E. (2002). Impact of an empowerment-based parent education program on the reduction of youth suicide risk factors. *Journal of Adolescent Health*, 31(3), pp. 277-285.

UNICEF., (2001), A league table of teenage births in rich nations., *Innocenti Report Card Issue no.3*, Florence, Italy : UNICEF.

Uzan M., (1998), Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Période 1994-1998., Rapport du chef de service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Jean Verdier à Bondy., France, Inserm.

Van Den Brûle F., (2005), La première consultation gynécologique chez l'adolescente, *Revue Médicale Liège*, n° 60, pp 231-234.