

Mémoire de Maîtrise en médecine n° 390

***Etat des lieux de la prise en charge de l'adolescente enceinte dans
les hôpitaux suisses***

Etudiante

Myriam Sidrak

3^e année de Master à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne
(FBM, UNIL)

Tutrice

Dr. Saira-Christine Renteria, MER

Médecin adjoint du Département de Gynécologie et Obstétrique et de Génétique
médicale (DGOG) et Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP)
Médecin responsable de la Polyclinique, de l'Unité de Gynécologie psychosociale et des
consultations de Gynécologie pédiatrique et de l'adolescence du DGOG, CHUV

Expert

Prof. Pierre-André Michaud

Professeur ordinaire de l'Université de Lausanne
Médecin-chef de l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents du Département
médico-chirurgical de pédiatrie du CHUV
Vice-doyen en charge de l'enseignement, FBM, UNIL

Résumé

Introduction :

Une grossesse chez l'adolescente est définie selon l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) comme une grossesse survenant avant l'âge de 20 ans. Dans notre étude, nous avons choisi d'étudier plus particulièrement les grossesses d'adolescentes de moins de 18 ans, l'âge de la majorité civile étant fixé à 18 ans selon le Code pénal suisse. En Suisse, en 2009, ont eu lieu 647 naissances d'enfants de mères de moins de 20 ans (OFS). Plus rares sont les naissances de mères de moins de 18 ans ; entre 2005 et 2009, elles étaient 461 à donner naissance (OFS). Dans la littérature, la controverse est grande au sujet d'un éventuel risque augmenté de complications obstétricales et néonatales lors de grossesses à l'adolescence. Des programmes adaptés à la prise en charge de l'adolescente enceinte ont été mis en place dans de nombreux pays et ont démontré des bénéfices par l'amélioration des perspectives sociales, éducationnelles et médicales de ces jeunes filles.

But de l'étude :

Cette recherche se divise en trois parties dont les objectifs sont bien distincts :

- I. Analyse statistique des données suisses du point de vue médical et psychosocial concernant les grossesses et les accouchements chez les adolescentes.
- II. Identifier la présence en Suisse de spécialistes et/ou de programmes spécifiques pour la prise en charge de l'adolescente enceinte.
- III. Explorer en parallèle le vécu individuel par rapport au suivi de grossesse d'une jeune fille concernée.

Méthode :

- I. Analyse statistique des données de l'Association des Cliniques de Gynécologie-Obstétrique Suisse (AGOS).
- II. Envoi de questionnaires via programme *LimeSurvey* à 85 professionnels en Suisse, répartis selon quatre corps de métiers: médecins cadre en gynécologie-obstétrique sans formation spécifique relative à l'adolescente, médecin gynécologue-obstétricien ayant une formation spécifique en gynécologie de l'adolescente, sages-femmes, assistantes sociales (taux de réponses: 63%, n=54).
- III. Entretien structuré avec une jeune femme ayant accouché avant l'âge de 18 ans.

Résultats :

- I. Selon les données de l'Association des Cliniques de Gynécologie-Obstétrique Suisse, il n'y a pas d'augmentation significative des complications obstétricales et néonatales lors de grossesses chez les adolescentes. Toutefois, les différences se situent plutôt sur le plan des dépendances aux substances et des issues psychosociales des grossesses.
- II. Une part importante des adolescentes enceintes est prise en charge par des professionnels non spécifiquement formés en médecine de l'adolescence. Malgré cela, nous constatons une volonté générale de porter une attention particulière à ces grossesses avec la mise en place d'une prise en charge individualisée. De plus, le suivi est le plus souvent multidisciplinaire. La plupart des professionnels non spécifiquement formés prenant en charge ces patientes pensent que les structures non spécialisées actuelles suffisent. En Suisse, les principaux obstacles au développement de structures spécifiques sont le petit nombre de patientes potentielles et les faibles moyens financiers à disposition pour de tels projets.
- III. Organiser les rencontres avec les adolescentes s'est avéré difficile, plusieurs adolescentes ne s'étant pas présentées aux rendez-vous convenus malgré un consentement initial spontané. L'unique adolescente qui a finalement pu être interviewée a bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire, principalement au CHUV. Questionnée sur le regard qu'elle portait sur le suivi, elle s'est dite satisfaite tout en souhaitant que plus d'attention soit accordée à ses désirs. Cependant, la nécessité de protéger l'enfant est souvent un facteur limitant l'accès aux demandes des adolescentes.

Mots-clés : grossesse, adolescence, prise en charge, Suisse.

Table des matières

1. Introduction	4
2. But de l'étude	5
3. Méthode	6
3.1 Considérations éthiques	8
4. Résultats	9
4.1 Partie I : Base de données AGOS.....	9
4.2 Partie II : Etat des lieux du dispositif de prise en charge en Suisse.....	12
4.3 Partie III : Entretien individuel exploratoire.....	16
5. Discussion	17
5.1. Partie I: Base de données AGOS	17
5.2. Partie II : Etat des lieux du dispositif de prise en charge en Suisse.....	19
5.3. Partie III : Entretien individuel exploratoire.....	25
6. Conclusion	26
7. Références	28
8. Annexes	30
9. Remerciements.....	37

1. Introduction

En Suisse, en 2009, on a dénombré 647 naissances de mères de moins de 20 ans, ce qui représente 4 enfants nés vivants pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans (source : Office fédéral de la statistique (OFS)). Sur le plan international, ces chiffres sont parmi les plus bas. Les autres pays d'Europe occidentale ont des taux entre 10 et 20 naissances vivantes pour 1000 adolescentes. Au Royaume-Uni, ce taux atteint les 30 naissances vivantes (1), alors qu'aux Etats-Unis, il est de 40,4 pour 1000 adolescentes, constituant ainsi le plus haut taux de naissances chez les adolescentes des pays industrialisés (1). Selon l'OFS, une grossesse à l'adolescence est définie comme une grossesse survenant avant l'âge de 20 ans. En Suisse comme à l'étranger, le taux de naissances chez les adolescentes est plus élevé parmi les minorités ethniques ou culturelles et les migrantes, ainsi que parmi les femmes n'ayant pas achevé leur formation (1). Les grossesses de femmes mineures, quant à elles, représentaient 461 cas entre 2005 et 2009, en Suisse. (OFS).

Dans notre pays, en 1992, une enquête de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) (2) a révélé que, chez les jeunes filles sexuellement actives de 15 à 20 ans, 8% ont eu une grossesse et, parmi elles, 85% l'ont interrompue. Le taux d'interruptions de grossesse est, à nouveau, plus élevé au sein des minorités ethniques et religieuses, mais le nombre de mères adolescentes est également plus important. Une explication plausible est que dans certaines cultures, la grossesse à cet âge est une norme sociale, mais aussi que certaines religions condamnent l'interruption de grossesse.

Certaines études (3)(4) affirment que les grossesses à l'adolescence sont à plus haut risque obstétrical, tant pour la mère que pour le fœtus. Ces risques présumés comprennent : naissances prématurées, faibles poids à la naissance, mortalité infantile élevée, prééclampsie et anémie. Cependant, d'autres études (5)(6) estiment que ces risques sont liés aux facteurs sociaux défavorables souvent concomitants dans les grossesses survenant à des âges précoces, et non pas à des facteurs biologiques intrinsèques au jeune âge maternel. Les facteurs psychosociaux fréquemment relevés (7)(8) sont : situation économique désavantageuse, échec scolaire, pauvreté des ressources familiales (abandon, violence, rejet familial, etc.), mère célibataire et suivis prénataux insuffisants. En amont, ces mêmes facteurs sont également associés à une augmentation de la probabilité d'avoir une grossesse à l'adolescence.

De plus, les difficultés psychosociales présentes avant et pendant la grossesse peuvent avoir des conséquences tardives et prédisposent la mère et l'enfant à un mauvais pronostic social à long terme. En effet, les mères adolescentes, de par leur niveau éducationnel souvent bas, ont tendance à vivre dans un environnement économique stressant qui mène parfois à la dépression et à des conflits avec la famille d'origine, et appauvrit d'autant plus les ressources relationnelles et sociales (9). Ceci ne leur permet pas de répondre de façon optimale aux besoins de l'enfant et risque de placer celui-ci, à son tour, dans une situation de retard de développement, de trouble du comportement, d'échec scolaire et d'abus de substances à long terme (9). Selon Daniel Sibertin, pédopsychiatre et auteur de nombreux articles dans le domaine de la pédopsychiatrie, « les liens mère adolescente-bébé résistent mal à l'épreuve du temps. L'investissement du bébé est souvent en concurrence avec bien d'autres tâches que la mère avait avant lui, mais que sa présence va compliquer » (10). Il souligne là un risque plus élevé de négligence.

Par ailleurs, selon la Loi suisse, les adolescentes n'accèdent à l'autorité parentale et au droit de garde de leur enfant qu'une fois la majorité civile atteinte (Code civil, Art. 298, al. 2). De ce fait, la population des adolescentes mineures enceintes est encore plus particulièrement vulnérable et impose une responsabilité supplémentaire aux professionnels qui les prennent en charge. Il paraît primordial qu'une

prise en charge spécialisée et adaptée soit mise en place précocement dès le début de la grossesse afin de préserver au mieux le bien-être physique, psychique et social de la mère et de l'enfant à naître.

A noter également que dans le cas d'une adolescente enceinte, le père est généralement plus âgé que la mère d'en moyenne 6 ans (1). Aux Etats-Unis, des études sur un échantillon limité d'individus ont montré que ces hommes ont souvent un niveau éducationnel et un revenu inférieurs à la moyenne, et qu'ils sont plus souvent impliqués dans des activités illégales que leurs pairs (9).

Des programmes adaptés à la prise en charge de l'adolescente enceinte ont été mis en place dans de nombreux pays afin de mieux cibler les besoins spécifiques de cette population, au vu de sa vulnérabilité particulière. Aux Etats-Unis, par exemple, un de ces programmes, *Young Parent Program* (11), a démontré un bénéfice significatif pour la réduction des multiples grossesses chez les adolescentes et l'amélioration des perspectives sociales, éducationnelles et médicales des jeunes filles. Ce programme consiste en une prise en charge de la mère et de son enfant en période anténatale et pendant le post-partum. Les participantes à ce programme ont au maximum 19 ans et le suivi est entièrement adapté à leurs besoins. Les auteurs parlent de *comprehensive care*, incluant en pré- et postnatal une approche préventive, des conseils en santé sexuelle et reproductive, un soutien psychologique et de nombreuses visites à domicile pour des consultations de planning familial, également pour les partenaires des adolescentes. Des renseignements en matière de contraception sont conférés à chaque consultation. Ce programme prévoit aussi d'offrir des contraceptifs et des consultations gratuites aux patientes sans assurance. Les adolescentes sont vues par les mêmes professionnels tout au long du suivi, avec une équipe composée de médecins, sages-femmes, assistantes sociales, nutritionnistes et psychologues. Les heures de visites à domicile ou de consultations en clinique sont aménagées de façon à ce que les adolescentes puissent se rendre à l'école ou au travail durant la journée. Finalement, entre les rendez-vous, les professionnels maintiennent des contacts téléphoniques ou par courriel avec les jeunes mères.

Selon Lorenza Bettoli, responsable du planning familial aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), « la survenue d'une grossesse chez une adolescente est souvent imputée à un accident et la réponse médico-sociale consiste en une meilleure information contraceptive » (12). Toutefois, il apparaît fréquemment, dans le discours des jeunes, l'idée que la grossesse et l'enfant sont désirés. Selon Charlotte Le Van, attachée d'enseignement et de recherche à l'université de Caen, la grossesse « insertion » ou la grossesse « identité » sont parfois un moyen, pour la future mère, d'accéder à une reconnaissance sociale et de se trouver une identité (13). Il est donc important de reconnaître et de décrypter le sens que peut avoir une grossesse pour une adolescente et ne pas toujours considérer cet événement comme un « accident ». Cette représentation erronée explique que la majorité des études ne distinguent que deux types de grossesses à l'adolescence : les interruptions de grossesses, présumées être non voulues car non planifiées, et les grossesses poursuivies, présumées désirées ou du moins acceptées.

2. But de l'étude

Le but de la présente étude est d'analyser, en Suisse, l'existence, les options et les objectifs des prises en charge adaptées aux adolescentes enceintes, plus particulièrement des moins de 18 ans, dans les grands hôpitaux de différentes régions. Plus précisément, ce travail vise à établir un panorama des modalités de prises en charge mises en œuvre pour les adolescentes mineures enceintes en Suisse, à analyser les éléments sur lesquels se basent les prises de décision dans des cas particuliers, à comparer ces données à la littérature étrangère et enfin à proposer d'éventuelles nouvelles pistes de réflexion afin d'axer l'offre sur les besoins spécifiques de cette population.

Dans la littérature, on trouve beaucoup d'informations (1)(14)(15)(16) concernant les effets de programmes de prises en charge adaptées à l'adolescente enceinte aux Etats-Unis surtout, mais aussi dans d'autres pays anglophones. Ces études analysent un type de prise en charge et comparent des données médicales et psychosociales, variant d'une étude à une autre, à un groupe contrôle n'ayant pas bénéficié de la même prise en charge. Les résultats montrent les effets positifs sur l'état de santé physique et psychique de la jeune mère et de l'enfant.

En Suisse, la recherche dans ce domaine a mis l'accent sur les statistiques de recensement et de description démographique des mères adolescentes (1)(17)(18), mais aucune étude, jusqu'à présent, ne s'est intéressée à documenter, analyser et comparer les structures de santé employées pour faire face aux grossesses chez les adolescentes. C'est ce que propose d'exécuter cette démarche.

Les objectifs sont, dans un premier temps, d'analyser les statistiques suisses du point de vue obstétrical et socioculturel concernant les grossesses et les accouchements chez les adolescentes.

Dans un deuxième temps, il s'agit d'explorer la présence de spécialistes et/ou de programmes spécifiques pour la prise en charge de l'adolescente enceinte, puis de soulever les facteurs médicaux, psychosociaux et légaux influençant cette prise en charge. D'autres études seront toutefois nécessaires pour comparer l'efficacité des différentes approches.

La rencontre de mères adolescentes cherche à explorer en parallèle le vécu individuel de quelques-unes des jeunes filles concernées, la compréhension et l'acceptation des mesures d'encadrement et d'aide mises en place aussi bien que leur degré de satisfaction face au système socio-éducatif et de soin.

3. Méthode

L'étude quantitative comporte deux volets. Le premier est consacré à l'analyse statistique des données de l'Association des Cliniques de Gynécologie-Obstétrique Suisse (AGOS)/Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken (ASF). Ces statistiques sont les plus détaillées que l'on puisse trouver en la matière en Suisse. Elles sont en accès limité pour les professionnels sur demande et sous certaines conditions. Cette banque de données recense une grande partie des cliniques de gynécologie et obstétrique de Suisse (environ 85%) (19). Néanmoins, cela ne représente qu'environ 40% du total des naissances vivantes en Suisse. En effet, les 15% de cliniques qui n'adhèrent pas à ces statistiques sont, pour la plupart, de grandes cliniques universitaires ayant leur propre recueil de données et représentant un nombre considérable de naissances par année. Les données de 2005 à 2009 sont donc le point de départ de cette étude pour analyser les particularités somatiques et sociales ainsi que les issues des grossesses survenues à l'adolescence. Dans le temps limité qui est imparti, seul un nombre restreint de données médicales, les plus relevées dans la littérature, sont analysées. Pour l'analyse statistique, la méthode de comparaison de proportion a été utilisée. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0.05$.

Le deuxième volet se concentre sur le recensement des offres de soins et l'exploration des approches dans les différentes régions de Suisse à l'aide d'un questionnaire électronique standardisé.

Le questionnaire composé de questions dirigées a été envoyé par e-mail grâce au programme *LimeSurvey* aux professionnels des plus grands hôpitaux de chaque canton suisse (hôpital universitaire ou cantonal). Les médecins sollicités pour répondre aux questions étaient, en priorité, ceux spécifiquement formés dans le domaine de la gynécologie-obstétrique de l'adolescente. Ces spécialistes n'étant pas présents dans toutes les institutions, les médecins-chefs responsables du Département ou Service de gynécologie-obstétrique ont été contactés le cas échéant. Les coordonnées des médecins-chefs ou cadres en gynécologie-obstétrique ont été obtenues grâce à la Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique, qui détient une liste de ces professionnels (Conférence suisse des médecins-chefs de service de gynécologie-

obstétrique). Les coordonnées des médecins responsables d'une consultation de gynécologie-obstétrique de l'adolescence ont été recherchées sur les sites internet des différentes institutions. Dans la mesure du possible, nous avons également tenté de joindre une sage-femme ou une assistante sociale dans chacun des établissements, dans le but d'éclaircir davantage les réponses relatives aux décisions psychosociales à prendre en vue de la période postnatale.

Les questionnaires ont donc été adressés à quatre types de professions de la santé : les médecins responsables d'une consultation de gynécologie pour adolescentes, les médecins-chefs ou cadres en gynécologie-obstétrique sans formation spécifique relative aux adolescentes, les sages-femmes ainsi que les assistantes sociales. En tout, 85 questionnaires ont été envoyés et 54 réponses ont été récoltées (taux de réponses : 63%), dont 22 incomplètes, c'est-à-dire que le questionnaire n'a pas été complété dans sa totalité. Parmi ces réponses, 9 proviennent de médecins spécialistes responsables d'une consultation de gynécologie pour adolescentes, 33 de médecins-chefs ou cadre sans formation spécifique relative aux adolescentes, 4 d'assistantes sociales et 8 de sages-femmes. Les résultats ont été analysés en plusieurs parties : tout d'abord, l'ensemble des réponses de tous les professionnels confondus, puis les réponses en fonction de chaque corps de métier ont été détaillées. Il faut garder à l'esprit que ce questionnaire a été envoyé à des professionnels représentant quatre profils très différents, chacune avec des mandats distincts, dans le but de dresser un panorama plus complet des prises en charge développées. Toutefois, chaque professionnel de santé avait pour mission de répondre à ce questionnaire au nom de son institution, et non pas en son propre nom. Ceci permet de relever directement les mesures mises en place par les hôpitaux pour prendre en charge des grossesses de filles mineures. Le questionnaire (annexe 1) comportait onze questions, dont une spécifique à la profession du répondeur. Trois questions cherchaient à déterminer quels sont les professionnels de l'institution impliqués régulièrement dans le suivi anténatal et pendant le post-partum des grossesses adolescentes. Il y avait ensuite une question qui explorait l'existence de cours de préparation à la naissance spécifiques, puis une qui interrogeait l'intégration des proches dans la prise en charge de ces jeunes filles. La septième question permettait de déterminer quelles sont les priorités de l'institution en termes d'issue de la prise en charge d'une grossesse mineure. Puis la question n°8 concernait le domaine de la protection de l'enfant, c'est-à-dire les aspects importants que les professionnels évaluent afin de juger si les aptitudes maternelles de l'adolescente sont adaptées pour s'occuper d'un nouveau-né ou non. Les questions 3, 5, 6, 7 et 8 se composaient chacune d'un ensemble de variables pour lesquelles les professionnels avaient la possibilité d'exprimer leur appréciation grâce à des réponses par gradation. Enfin, les trois dernières questions se chargeaient d'explorer le point de vue des différents professionnels concernant la prise en charge actuelle pratiquée dans l'institution et les éventuelles améliorations possibles, en incluant une question ouverte.

Le programme *LimeSurvey* a permis de faire remplir le questionnaire en ligne et d'obtenir des réponses anonymes tout en sachant tout de même quelles sont les institutions ayant répondu. De cette manière, des relances ciblées ont pu être envoyées. Il n'a pu être effectué aucun lien entre les établissements et les réponses récoltées.

Enfin, pour la dernière partie de ce travail qui utilise une approche qualitative et prévoyait de conduire des interviews auprès de jeunes femmes ayant accouché pendant l'adolescence, plusieurs patientes ont été contactées. Les patientes ont été recrutées par les professionnels assurant leur suivi, lors d'une consultation ou par téléphone. Il s'agit des médecins de la consultation de gynécologie de l'adolescence. Cette équipe est composée d'un médecin cadre, spécialisé en gynécologie de l'adolescente et responsable des consultations de gynécologie de l'adolescence du Département de gynécologie-obstétrique et génétique médicale (DGOG), du Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP) et de l'Unité Multidisciplinaire de la Santé des Adolescents (UMSA) et investigatrice principale, d'un médecin associé également spécialiste dans le domaine et d'un médecin assistant travaillant dans le cadre de ces

consultations. Le médecin qui les avait suivies leur a demandé si elles acceptaient de participer à l'étude. Le co-investigateur a ensuite pris contact avec les patientes ayant donné un consentement oral. Un formulaire d'information et de consentement a alors été remis au moment de l'entrevue (annexe 2). Ce document expliquait le contexte de l'étude, le déroulement de l'interview, ses avantages et ses risques, ainsi que les modalités de traitement des données. Il a été porté une attention particulière à ce que les patientes préalablement sélectionnées pour cette étude disposent de leur capacité de discernement dans une situation qui demande d'accepter ou non de contribuer à une étude. Il a été considéré comme capable de discernement, dans cette situation, une patiente apte à prendre des décisions concernant sa santé, à se rendre seule à une consultation médicale et à comprendre les enjeux et le but de l'étude. Dans ce cas, il n'a pas été nécessaire de demander une autorisation au représentant légal des jeunes filles qui consentaient à participer. Ce n'est qu'une fois le formulaire de consentement signé que l'entrevue débutait. Le nom de l'interviewée n'est mentionné dans aucun rapport et les informations récoltées ont été traitées de façon strictement confidentielle. Trois thèmes ont été abordés : l'organisation de la prise en charge de la jeune fille durant sa grossesse et après l'accouchement, le point de vue de la patiente concernant la prise en charge dont elle a bénéficiée, et enfin ses propositions pour les futures prises en charge. Les points principaux servant à mener l'entretien se trouvent en annexe 3. L'entretien avait pour finalité de faire ressortir les impressions et les propositions d'une adolescente directement concernée pour une éventuelle adaptation des prises en charge à l'avenir.

3.1 Considérations éthiques

Les renseignements récoltés des questionnaires envoyés aux professionnels ont été rendus anonymes grâce au programme *LimeSurvey*. Il n'a donc pas été possible de faire le lien entre une institution et les réponses reçues. Un document d'information expliquant les buts de l'étude et la confidentialité du traitement des données est parvenu à tous les professionnels en même temps que le questionnaire.

Un formulaire comprenant information et demande de consentement a été fourni à l'interviewée afin qu'elle puisse confirmer par écrit son accord quant à l'utilisation des informations transmises. Néanmoins, aucun lien ne pouvait être fait entre la patiente et les commentaires récoltés, et aucun renseignement n'a été transmis à l'équipe clinique qui prend en charge la patiente. Les observations ont été exposées de façon anonyme lors de la rédaction du présent rapport. Cependant, selon l'article 26 de la Loi sur la protection des mineurs, si l'entretien devait révéler une mise en danger de la patiente mineure ou de son enfant, il était dans l'intérêt de la concernée que les investigateurs transmettent d'éventuels renseignements. Une supervision par un membre de l'équipe médicale ou psychosociale était possible à tout moment, soit afin d'assister l'étudiante soit pour répondre aux besoins de l'adolescente.

4. Résultats

4.1 Partie I : Base de données AGOS

Selon l'OFS, le nombre total de naissances vivantes entre 2005 et 2009 en Suisse se monte à 375'745. Environ 40% de ces grossesses (153'345) ont fait l'objet d'un relevé par l'AGOS. Parmi celles-là, 461 grossesses étaient portées par des adolescentes de moins de 18 ans (0.3% du total des grossesses recensées). Sur les 996 variables « diagnostics » analysables dans la base de données, 81 ont été jugées pertinentes pour notre étude. Les données des adolescentes mineures ont donc été comparées à celles des femmes ayant atteint la majorité légale (≥ 18 ans) au moment de l'accouchement. Parmi ces variables, un nombre relativement important s'est avéré significativement différent entre les deux groupes de parturientes.

Pour commencer, l'état civil est significativement différent : les parturientes de moins de 18 ans sont 82% à être célibataires, alors que seul 11% des femmes adultes le sont ($p < 0.01$). Concernant le continent d'origine des femmes étudiées, plus de jeunes filles que de femmes adultes sont originaires d'Afrique (5.64% vs 2.28%) et d'Amérique du Sud (4.56% vs 1.6%, $p < 0.01$). Les adolescentes sont en proportion deux fois plus nombreuses à être non caucasiennes (15.18% vs 7.9%). Les adolescentes représentent une proportion plus importante à être définie comme dépendante à l'alcool (selon la CIM 10 de l'OMS : Z72.1), au tabagisme (Z72.0) et aux drogues (F19.2) ($p < 0.05$). Il n'y a cependant pas de différence significative en termes de prévalence de maladie psychiatrique entre les deux groupes étudiés.

Un point important est la mise en évidence d'une absence totale de suivi de grossesse chez 3.25% des parturientes de moins de 18 ans, ce taux n'étant que de 0.3% chez les parturientes plus âgées ($p < 0.01$). La majorité des femmes des deux groupes bénéficient d'un suivi de grossesse au cabinet du spécialiste, néanmoins, les adolescentes sont une proportion nettement plus importante à être suivie pour leur grossesse en polyclinique ou à l'hôpital (22.13% vs 9.97%, $p < 0.01$). 14.53% des adolescentes ont été hospitalisées pendant leur grossesse alors que seul 9.3% des femmes de plus de 18 ans l'ont été ($p < 0.01$). Il est intéressant de noter qu'il y a plus de femmes adultes qui accouchent par césarienne programmée. Cette différence n'est cependant pas représentative (13.55% vs 9.33%, $p > 0.05$). Les complications maternelles durant la grossesse et en post-partum ne sont pas vraiment plus fréquentes chez les adolescentes, tout du moins concernant l'anémie, la prééclampsie et les hémorragies d'origine indéterminée. Notons encore que les mères adolescentes sont clairement plus nombreuses à ne pas allaiter leur enfant (10.41% vs 5.07%, $p < 0.01$).

Les femmes plus âgées sont plus nombreuses à avoir été accouchées par un médecin-chef ou médecin-chef de service (respectivement 9.9% vs 6.07% et 8.64% vs 3.9%, $p < 0.01$).

La proportion de fœtus mort in utero serait plus importante lors d'une grossesse chez une adolescente (0.35% vs 0.87%, $p < 0.05$). La mort in-utero étant définie comme la mort du fœtus durant le 1^{er} trimestre avec la présence du fœtus in-utero (par opposition à l'abortus) (source : CIM10). En ce qui concerne l'enfant, il n'y a pas de différence significative entre les groupes étudiés en termes de malformations, qu'elles soient viables ou incompatibles avec la vie ou qu'elles concernent une affection cardiaque ou un retard de croissance intra-utérin.

La prématurité n'est pas plus fréquente parmi les nouveau-nés de mères adolescentes (13.3% vs 13.8%, $p > 0.05$). Cependant, l'immatunité est plus fréquente parmi les enfants d'adolescentes (5.86% vs 3.79%, $p < 0.05$). L'immatunité étant définie selon la CIM 10 de l'OMS comme une naissance avant 28 semaines de gestation.

En ce qui concerne le poids du nouveau-né, il apparaît, selon les résultats, que les mères adolescentes ont un risque légèrement plus grand de donner naissance à un enfant de moins de 2500 grammes mais cette différence n'est pas significative (6% vs 7.6%, $p > 0.05$).

Pour finir, ces statistiques comparatives mettent en évidence un point clé de toute la problématique des grossesses à l'adolescence qui est qu'à la sortie de l'hôpital, les mères adolescentes sont 7.16% à être séparées de leur enfant, alors que c'est le cas de seul 3.54% des femmes plus âgées ($p < 0.01$).

Les résultats sont détaillés dans les *tableaux 1, 2, 3 et 4*.

Tableau 1: Caractéristiques maternelles et consommation

<i>Caractéristiques maternelles et consommation</i>	<i>+ 18 ans n=152'884 (%)</i>	<i>-18 ans n=461 (%)</i>	<i>Significativité (p)</i>
<i>Célibataire</i>	16'850 (11.02)	376 (81.56)	0.0000
<i>Mariée</i>	133'794 (87.51)	85 (18.44)	0.0000
<i>Suisse</i>	96'648 (63.22)	259 (56.18)	NS
<i>Europe</i>	42'214 (27.61)	131 (28.42)	NS
<i>Asie/Australie/Océanie</i>	7'598 (4.97)	24 (5.21)	NS
<i>Afrique</i>	3'482 (2.28)	26 (5.64)	0.0000
<i>Amérique du Nord</i>	494 (0.32)	0 (0)	NS
<i>Amérique du Sud</i>	2'448 (1.6)	21 (4.56)	0.0000
<i>Non caucasienne</i>	12'073 (7.9)	70 (15.18)	0.0000
<i>Sans facteurs de risque/ maladie particulière</i>	109'821 (71.83)	334 (72.45)	NS
<i>Dépendance à l'alcool</i>	158 (0.10)	3 (0.65)	0.0002
<i>Tabagisme</i>	8'751 (5.72)	56 (12.15)	0.0000
<i>Dépendance aux drogues</i>	575 (0.38)	8 (1.74)	0.0000
<i>Maladie psychiatrique</i>	1'905 (1.25)	10 (2.17)	NS
<i>HIV positif</i>	148 (0.10)	1 (0.22)	NS
<i>Obésité</i>	10'726 (7.02)	15 (3.25)	0.0015

Tableau 2: Complications pendant la grossesse et en post-partum

Complications pendant la grossesse et en post-partum	+18 ans n=152'884 (%)	-18 ans n=461 (%)	Significativité (p)
Anémie en couche	4'503 (2.95)	18 (3.9)	NS
Prééclampsie	1'959 (1.28)	7 (1.51)	NS
Aucun suivi de grossesse	466 (0.30)	15 (3.25)	0.0000
Hospitalisation pendant la grossesse	14'215 (9.30)	67 (14.53)	0.001
Accouchement spontané	92'354 (60.41)	315 (68.33)	0.0005
Forceps	1'423 (0.93)	3 (0.65)	NS
Césarienne primaire (programmée)	20'714 (13.55)	43 (9.33)	NS
Césarienne secondaire (d'urgence)	21'431 (14.02)	39 (8.46)	NS
Césarienne élective (programmée)	3'349 (2.19)	8 (1.74)	NS
Rupture prématurée des membranes	24'248 (15.86)	62 (13.45)	NS
Période placentaire normale	141'319 (92.44)	419 (90.89)	NS
Hémorragie d'origine indéterminée	1'240 (0.81)	2 (0.43)	NS
Aucune complication post-partum	137'396 (89.87)	402 (87.2)	NS
Suites inconnues	3'645 (2.38)	13 (2.82)	NS
Lactation complète	128'993 (84.37)	363 (78.74)	0.0008
Sevrage	7'558 (5.07)	48 (10.41)	0.0000

Tableau 3: Accoucheur

Accoucheur	+ 18 ans n=152'884 (%)	-18 ans n=461 (%)	Significativité (p)
Médecin-chef	15'138 (9.90)	28 (6.07)	0.0059
Médecin-chef de service	13'211 (8.64)	18 (3.9)	0.0003
Aucun médecin durant l'accouchement	2'083 (1.36)	5 (1.08)	NS
Sage-femme du service	149'001 (97.46)	456 (98.92)	NS

Tableau 4: Caractéristiques du nouveau-né

Caractéristiques du nouveau-né	+ 18 ans n=152'884 (%)	-18 ans n=461 (%)	Significativité (p)
Retard de croissance intra-utérin (RCIU)	2'238 (1.46)	6 (1.3)	NS
Mort in utero avant l'entrée en clinique	539 (0.35)	4 (0.87)	NS
Malformation incompatible avec la vie	143 (0.09)	0 (0)	NS
Malformation viable	880 (0.58)	3 (0.65)	NS
Malformation cardiaque	676 (0.44)	0 (0)	NS
Prématurité < 38 SG	20'443 (13.3)	64 (13.8)	NS
Immaturité extrême < 28 SG	5'798 (3.79)	27 (5.86)	0.0202
Poids <2500 g.	9'780 (6.00)	35 (7.60)	NS
Sortie du service avec la mère	146'070 (95.54)	417 (90.46)	0.0000
Mère et enfant ne sortent pas ensemble	5'415 (3.54)	33 (7.16)	0.0000

4.2 Partie II : Etat des lieux du dispositif de prise en charge en Suisse.

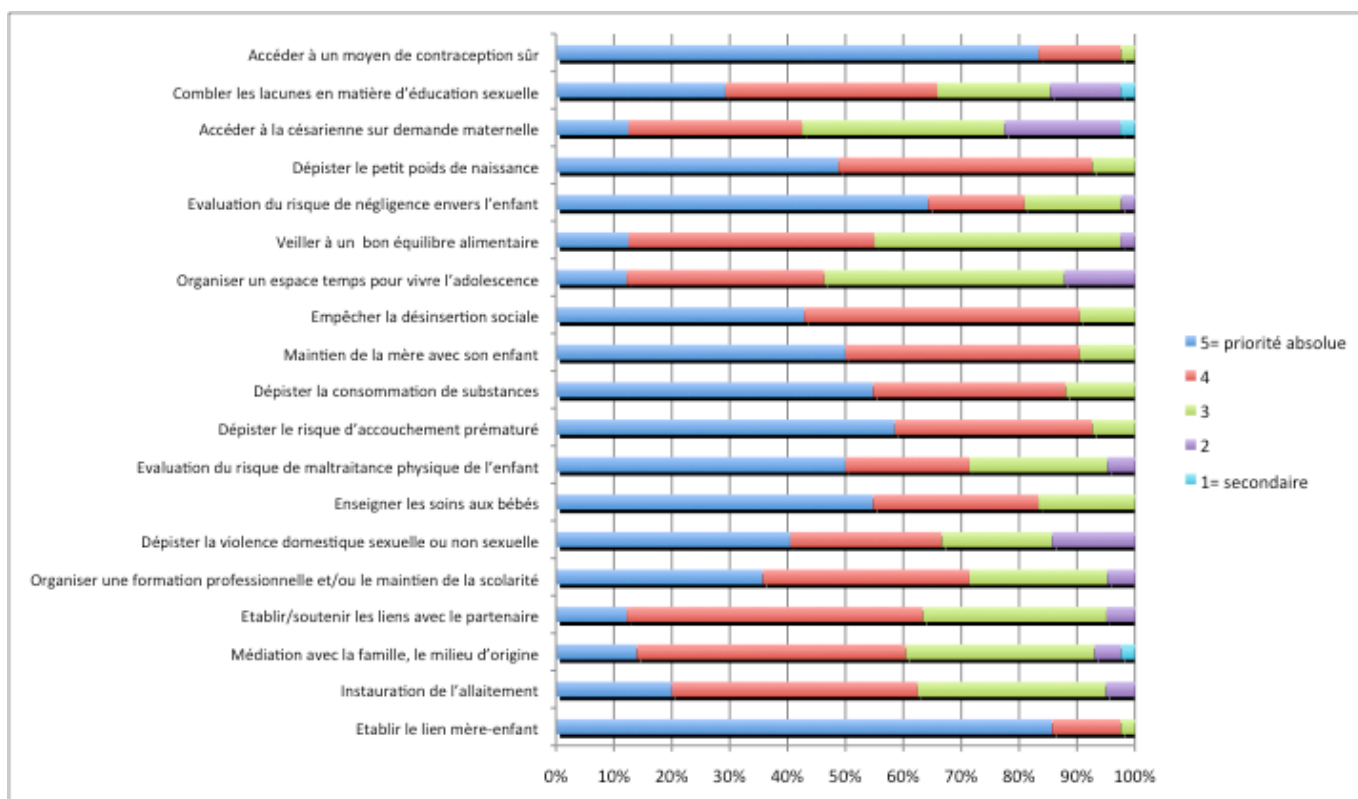
Tout d'abord, rapportons les résultats dans leur ensemble. A la question de savoir quels sont les professionnels impliqués régulièrement dans le suivi de la grossesse d'une fille mineure, 55% des institutions qui ont répondu proposent pour le suivi de l'adolescente la policlinique de gynécologie et obstétrique de l'hôpital et un gynécologue-obstétricien sans formation spécifique relative à l'adolescente. Aucun des hôpitaux interrogés ne s'adjoint les services d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre indépendant formé en gynécologie de l'adolescente. 37% des institutions ayant répondu disent mettre à disposition des jeunes filles, un suivi spécialisé durant la grossesse. Il est intéressant de noter que parmi eux, seul 24% des institutions proposent à ces jeunes filles des consultations assurées par des médecins gynécologues formés en gynécologie de l'adolescente. Les 76% restant proposent des consultations avec d'autres professionnels de santé (ex : planning familial, service social,...).

Pendant la grossesse, 50% des hôpitaux proposent « souvent » aux jeunes filles une consultation avec une sage-femme et une assistante sociale rattachées à l'institution. En ce qui concerne les possibles collaborations avec des réseaux externes, un grand nombre d'hôpitaux (70%) disent ne « jamais » collaborer avec les infirmières ou directeurs scolaires. De même, les pédopsychiatres rattachés à l'hôpital ou indépendants ne sont que « rarement » sollicités dans la prise en charge de grossesses mineures en Suisse. Environ 50% des hôpitaux collaborent « occasionnellement » avec l'instance tutélaire ou le Service de protection de la jeunesse. Les « Unités de santé pour adolescents » sont rares: seul 8 hôpitaux rapportent en disposer au sein de leur établissement ou à proximité (14%).

Pendant le post-partum, plusieurs autres professionnels entrent en jeu : un « centre de conseil en santé sexuelle et reproductive-planning familial » (SSR-PF) intervient « souvent » et « occasionnellement », respectivement dans 30% et 38% des hôpitaux. De plus, une « unité d'accueil mère-enfant » est sollicitée « occasionnellement » dans 65% des hôpitaux pour la prise en charge post-partum des mères adolescentes. Parmi les institutions sondées, 95% disent inclure « souvent » le partenaire de la jeune fille dans la prise en charge tout au long de la grossesse, et 85% incluent également les parents de l'adolescente. Un point important à relever est l'absence de cours de préparation à la naissance spécifique pour adolescentes, dans plus de 75% des institutions interviewées.

Les enjeux les plus importants visés lorsqu'une grossesse survient à l'adolescence ont été hiérarchisés comme suit par les participants (*graphique 1*) : pour 86% et 83% des établissements, respectivement, établir le lien mère-enfant et accéder à un moyen de contraception sûr sont des « priorités absolues », ce qui en fait les objectifs les plus recherchés dans la pratique suisse. En second, il ressort que l'évaluation du risque de négligence envers l'enfant est considérée comme une « priorité absolue » par 64% des institutions. De plus, l'évaluation du risque de maltraitance physique et de violences sexuelles est de première priorité pour 50% et 40% des institutions, respectivement. Puis, près de la moitié des maternités pensent que dépister l'accouchement prématuré et enseigner les soins au bébé sont des « priorités absolues » dans la prise en charge d'une grossesse chez une adolescente. Enfin, l'organisation d'une formation professionnelle est « très importante » pour 35% des répondants. A l'inverse, les buts décrétés les moins importants par 30% des institutions sont l'organisation d'un espace-temps pour vivre l'adolescence et la vigilance quant au bon équilibre alimentaire de la mère.

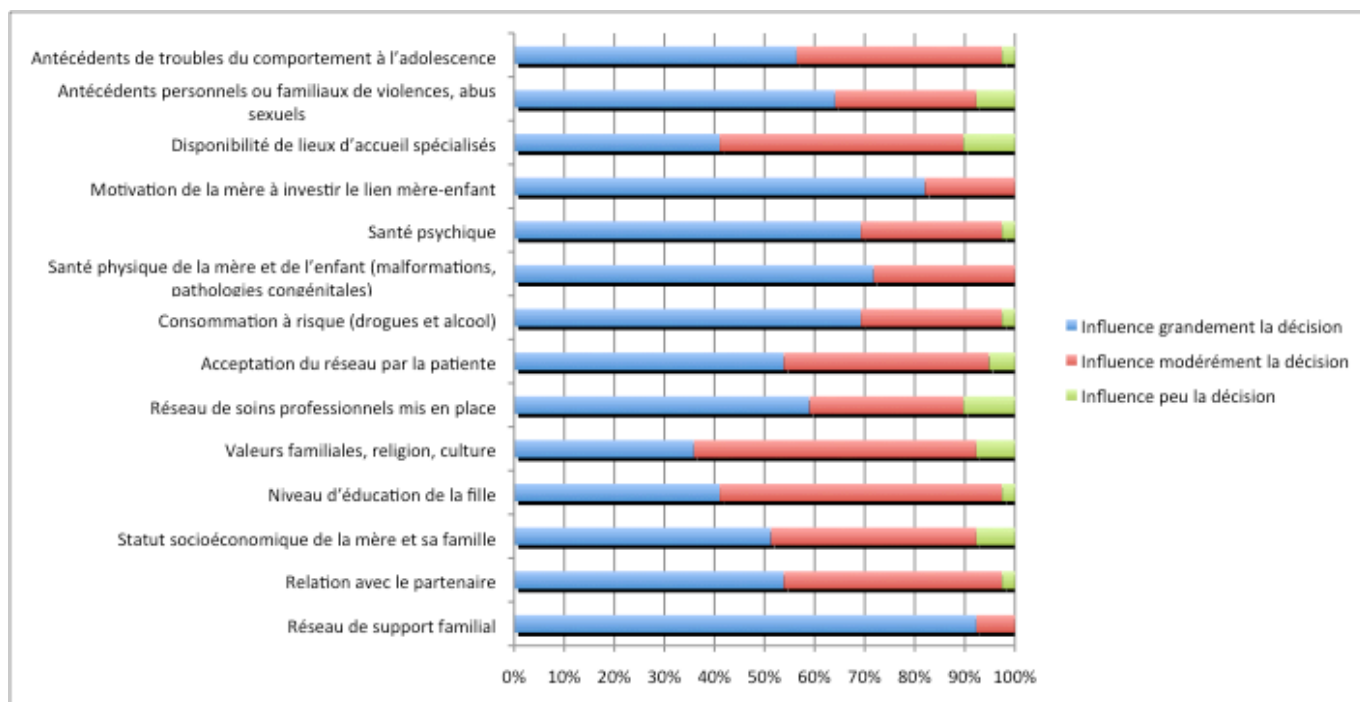
Graphique 1: Enjeux/issues prioritaires lors de grossesses d'adolescentes, point de vue de tous les professionnels confondus



Concernant l'évaluation des aptitudes maternelles de l'adolescente, du cadre de prise en charge mis en place et des décisions légales découlant de cette évaluation, il ressort que la plupart des éléments

abordés dans le questionnaire ont une « grande » influence sur cette appréciation (*graphique 2*). Toutefois, deux éléments ressortent plus particulièrement : le réseau de support familial de l'adolescente et la motivation de la mère à investir le lien mère-enfant. Trois éléments semblent, par contre, le plus souvent n'influencer que « modérément » l'évaluation des capacités maternelles : le niveau d'éducation de la fille, les valeurs familiales et la disponibilité des lieux d'accueil mère-enfant.

Graphique 2: Influence des éléments suivants sur l'évaluation des aptitudes maternelles, point de vue de tous professionnels confondus



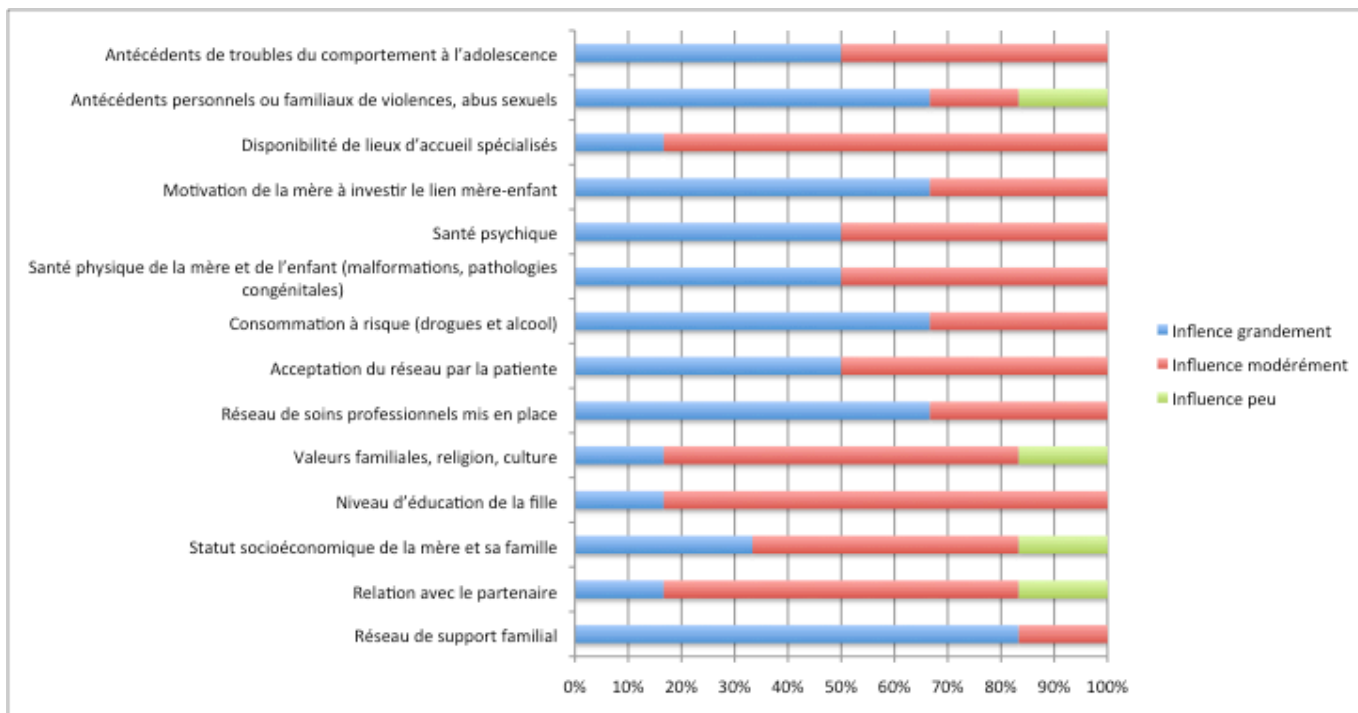
Pour finir, à la question de savoir si le dispositif actuel mis en place pour prendre en charge les adolescentes enceintes est satisfaisant, 50% des répondants ont affirmé que oui, 40% en partie et 10% pensent que celui-ci ne suffit pas.

Afin de nuancer ces résultats, observons de plus près les différences lorsque les médecins responsables d'une consultation de gynécologie de l'adolescence sont présents dans l'hôpital. Dans les institutions où ces professionnels sont présents, le suivi est dans deux-tiers des cas assuré par une consultation spécialisée en gynécologie de l'adolescence et le tiers restant est suivi à la policlinique générale de gynécologie. A noter que, parmi ces deux-tiers de consultations dites spécialisées, 66% sont en fait menées par des professionnels non médecins. Les consultations avec des médecins spécialisés dans la gynécologie de l'adolescence ne comptent que pour 44% de ces deux-tiers. De plus, lorsque ces professionnels spécialisés sont présents, les cours de préparation à la naissance sont donnés dans 45% des cas, par opposition à 25% lorsque l'hôpital ne dispose pas de tels professionnels.

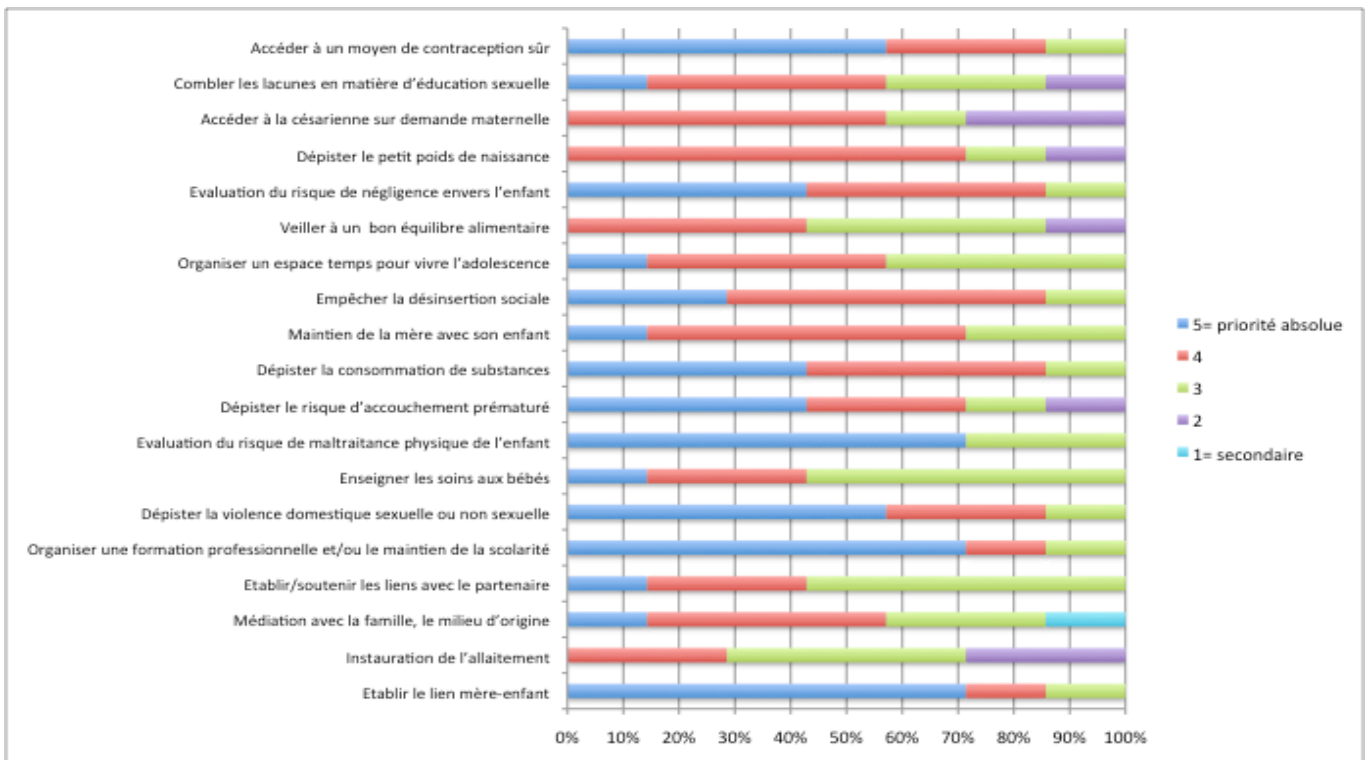
Les divergences de points de vue deviennent tangibles lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant les aspects sociaux et légaux de la prise en charge (*graphique 3*). En effet, les médecins responsables d'une consultation de gynécologie de l'adolescente ont jugé deux éléments comme uniquement « modérément pertinents » dans l'évaluation des aptitudes maternelles de l'adolescente, alors que les résultats globaux indiquaient que ces points « influencent grandement » la décision de professionnels non

spécialisés. Ces éléments sont : la relation avec le partenaire et le statut socioéconomique de la mère et sa famille.

Graphique 3: Influence des éléments suivants sur l'évaluation des aptitudes maternelles, point de vue des médecins gynécologues spécialisés dans l'adolescence



Les objectifs prioritaires lors de la prise en charge d'une adolescente enceinte sont hiérarchisés un peu différemment par les médecins spécialisés en gynécologie de l'adolescence (*graphique 4*). Les trois objectifs principaux sont : établir le lien mère-enfant, organiser une formation professionnelle et/ou le maintien de la scolarité, ainsi qu'évaluer le risque de maltraitance physique de l'enfant, considérés comme des « priorités absolues » par 70% des médecins. L'accès à une contraception sûre et le dépistage de la violence domestique sont également considérés comme des « priorités absolues » par 57% des médecins.

Graphique 4: Enjeux/issus prioritaires lors de grossesses d'adolescentes, point de vue des médecins gynécologues spécialisés dans l'adolescence

Parmi les spécialistes qui ont répondu au questionnaire jusqu'au bout, 60% pensent que le dispositif est adapté à prendre en charge des adolescentes enceintes dans leur institution, et 40% pensent qu'il est en partie adapté.

4.3 Partie III : Entretien individuel exploratoire

Même si plusieurs jeunes femmes ont donné leur consentement pour être contactées afin de convenir d'un entretien, il n'y a finalement qu'une jeune femme qui s'est présentée au rendez-vous convenu et qui a confirmé son consentement à participer à l'étude. L'entretien a eu lieu dans le milieu de vie de la patiente, faisant suite à son désir qu'il n'ait pas lieu dans une unité de soins (Maternité ou UMSA). L'entrevue d'une durée de cinquantaine de minutes était enregistrée.

La grossesse de la participante a été prise en charge au CHUV. Cette patiente avait 16 ans lors de l'accouchement. De nombreux professionnels l'ont accompagné durant sa grossesse. Tout d'abord un gynécologue de la maternité qui a par la suite été remplacé par une gynécologue spécialisée dans l'adolescence. Dans la course se trouvaient également une assistante sociale de la maternité ainsi qu'une assistance sociale rattachée à l'Office du tuteur général, dont l'intervention s'est opérée plus tard au cours de la grossesse afin de gérer le placement de l'enfant à naître. De plus, la patiente était au préalable suivie par une sage-femme de la maternité qui l'a redirigée vers une sage-femme indépendante expérimentée dans la prise en charge des grossesses adolescentes. La patiente a également été prise en charge durant quelques semaines pendant la grossesse par l'Unité d'Hospitalisation Psychiatrique pour Adolescents (UHPA). Leur rôle a été de stabiliser l'état émotionnel bouleversé de la patiente au cours de sa grossesse. En sus, la patiente vivait dans une structure d'accueil pour adolescents, avec de nombreux

psychologues encadrant la jeune femme au quotidien. Elle a également pu bénéficier du soutien de ses parents et de son nouveau compagnon. Une structure d'accueil pour enfants (l'Abri), représentée par des éducateurs, a été intégrée dans la prise en charge une fois la naissance survenue, car l'enfant a été placé dans cette structure. Le SPJ a aussi été impliqué quelques temps après la naissance. Après l'accouchement, l'adolescente a continué à être suivie par un gynécologue et un pédiatre de l'UMSA. De même, les assistantes sociales et l'UHPA ont poursuivi l'accompagnement pendant le post-partum.

Elle s'est dite satisfaite du rôle qu'a joué chaque intervenant dans le suivi et pense que leur nombre était approprié. Elle exprime le souhait pour les futures prises en charge qu'une attention plus importante soit accordée aux désirs et besoins de l'adolescente enceinte. En effet, elle reproche le manque d'intérêt apparent qui a été accordé à ses propres désirs concernant les décisions à prendre pour le nouveau-né. En particulier, elle dit avoir été très peu impliquée dans les discussions lors réseaux qui se sont organisés après la naissance de son enfant. Ceux-ci regroupaient l'assistante sociale de l'Office du tuteur général, un éducateur de l'Abri représentant l'enfant, le responsable de cette structure d'accueil ainsi que la jeune mère accompagnée ou non d'un de ses proches. Ces réunions, qui ont eu lieu régulièrement après la naissance de l'enfant, avaient pour but de faire un point sur la situation et de prendre d'éventuelles nouvelles solutions pour le placement de l'enfant. L'adolescente regrette « qu'on l'ait très peu écoutée et impliquée dans les prises de décisions, et surtout qu'on ne lui ait pas laissé sa chance de manifester ses capacités de mère ». De plus, elle s'est sentie peu soutenue dans sa démarche à vouloir obtenir la garde de son enfant une fois la majorité atteinte. Néanmoins, la jeune fille est satisfaite de l'intégration de sa famille dans les divers piliers de la prise en charge et note que les décisions relatives au placement de son enfant ont été prises unanimement par tous les professionnels l'entourant et sa famille. Elle nous confie son espérance pour les futures prises en charge de jeunes femmes qui se retrouveraient dans une situation similaire: un professionnel de référence qui coordonnerait le rôle de tous les autres intervenants et qui offrirait une écoute plus attentive aux envies et besoins de l'adolescente. Selon elle, cette fonction serait la mieux occupée par une femme ayant elle-même eu une expérience de grossesse à l'adolescence.

5. Discussion

5.1. Partie I: Base de données AGOS

Une analyse statistique de la même base de données mais entre les années 1993 et 2004 (20) avait déjà montré des différences significatives pour un certain nombre de variables étudiées. Pour commencer, dans le précédent rapport, la proportion de grossesses chez les adolescentes était de 0.82% ; dans la présente étude, ce taux tombe à 0.13%. Cette constatation coïncide avec les données de la littérature actuelle stipulant que le phénomène des grossesses à l'adolescence se raréfie. Dans la précédente étude, les mères adolescentes étaient 42.2% à être célibataires alors que seul 5.37% des mères adultes l'étaient. Cette constatation tombe sous le sens vu que le mariage ou la reconnaissance d'un mariage contracté à l'étranger en deçà de l'âge de 18 ans requéraient des démarches supplémentaires et une autorisation de l'autorité parentale. Il était donc le plus souvent motivé par des raisons religieuses ou culturelles. Le mariage avant 18 ans est par ailleurs interdit en Suisse depuis le 1^{er} janvier 1996 (Code civil, Art. 94 al. 1). La majorité des mariages des mères mineures contractés entre 1993 et 2004 fait donc probablement référence à des mariages coutumiers et non civils. Dans notre étude, la proportion de mères adolescentes célibataires a presque doublé, passant à 81.1%, certainement du fait de ce changement de loi, de même pour le groupe des adultes dont lequel on trouve maintenant 11% de célibataires. De nos jours, la nette diminution des enfants nés au sein d'un couple marié s'explique pour nos deux groupes par un

phénomène global de société qui tend à repousser ou parfois à ne pas envisager le mariage. Dans la littérature, nous retrouvons un certain nombre d'études qui mentionnent également l'incidence plus importante des grossesses d'adolescentes dans les minorités ethniques ou nationales (1)(4)(5). Les ressortissantes de nationalité étrangère pourraient avoir « expérimenté le phénomène de fécondité de l'adolescente dans leur pays d'origine ou après la migration, ce qui est le plus souvent le cas dans les plus jeunes générations » (1). Les facteurs environnementaux, en particulier les limites de l'information et l'accès à des moyens de contraception, les convictions spirituelles ou religieuses et surtout les normes prévalant dans le pays d'origine contribuent à fournir une partie de l'explication pour les taux de grossesses plus importants chez des adolescentes étrangères régulièrement relevés dans la littérature.

Les soins prénataux représentent un des points les plus significativement associés à l'amélioration du pronostic de la mère adolescente et de son enfant. Dans notre étude, il s'avère que les adolescentes suisses enceintes sont plus de 3% à ne bénéficier d'aucun suivi de grossesse. Ce chiffre converge avec d'autres études (3)(5), qui montrent un taux élevé d'absence de soins prénataux de base chez les adolescentes (2%). Ces observations peuvent être interprétées de différentes façons. Tout d'abord, il est probable que les adolescentes repoussent le plus possible le moment où elles révèlent leur grossesse à leur entourage, pour de multiples raisons, avec comme conséquence un temps prolongé sans suivi. Il arrive également que les adolescentes elles-mêmes ne prennent conscience que tardivement de leur grossesse. Une autre explication possible est la méconnaissance ou la mauvaise identification des prestations existantes pour les adolescentes enceintes. Ces seules hypothèses laissent concevoir que les adolescentes donnant naissance sont à plus haut risque pour tous les facteurs de mauvais pronostic discutés plus haut, tel qu'hémorragies d'origine indéterminée, prééclampsie, anémie, naissance prématurée et mort in utero. En particulier, la prématurité est un des problèmes les plus fréquemment mentionnés comme risque de la grossesse à l'adolescence (21). Cependant, aucune de ces complications périnatales n'est significativement plus fréquente chez les adolescentes, dans notre étude. Ceci peut être expliqué par des conditions de vie favorables en Suisse réduisant les facteurs de risque, notamment sociaux, de mauvais pronostic pour la mère adolescente et son enfant. Notamment, la Suisse offre un accès aisé à des soins prénataux et une information préventive ciblée pour les adolescentes. Néanmoins, d'autres études relèvent une augmentation significative de ces complications périnatales dans le groupe des adolescentes (3)(5)(22). L'interprétation qui peut être faite de cette discordance est que les populations des diverses études ne sont pas les mêmes à plusieurs niveaux : premièrement, le lieu de vie diffère, et avec ça les conditions sociales et sanitaires ; deuxièmement, les critères de sélection des « échantillons » de population de toutes ces études divergent.

Les accouchements par césarienne programmée sont moins fréquents chez les adolescentes. Cette observation, rassurante, nous permet de présumer que la problématique de l'accouchement à l'adolescence est abordée principalement selon des critères obstétricaux objectifs en Suisse et que les professionnels qui assurent leur suivi ne semblent pas massivement influencés par les très fréquentes mentions des risques supposés qu'encourent ces grossesses précoces.

Les adolescentes sont significativement moins nombreuses à allaiter leur enfant selon notre étude. Cette indication est importante car probablement directement en lien avec le fait que les mères adolescentes sont bien plus souvent séparées de leur enfant que les mères adultes.

Les mères adolescentes sont, en moyenne, de plus grandes consommatrices de cigarettes et d'alcool que leurs aînées (9)(20). En outre, il apparaît qu'elles en consomment également plus que leurs pairs non parents (9). Cependant, durant la grossesse, la consommation s'arrête précipitamment dans la plupart des cas pour parfois reprendre après l'accouchement (9). Comme pour les femmes adultes, l'utilisation de substances durant la grossesse est associée à des petits poids de naissance et d'autres anomalies chez l'enfant de la mère adolescente.

L'analyse des données de l'AGOS de 1993 à 2004 ainsi que d'autres études (3)(4)(23)(24) soulèvent que le poids du nouveau-né d'une mère adolescente est plus fréquemment inférieur à 2500 grammes. Cette observation se retrouve dans notre analyse mais pas de manière importante. A nouveau, les divergences entre ces conclusions peuvent être dues aux critères d'inclusion hétérogènes entre les études ce qui rend les populations représentées dissemblables (3).

Notre étude met en évidence de manière marquante que la mère adolescente et son enfant sont plus souvent séparés l'un de l'autre à la sortie de l'hôpital que le couple mère adulte/enfant. Cette notion est concordante avec d'autres études (20)(25) et est au cœur de la problématique des grossesses à l'adolescence. En effet, cette séparation précoce met en péril la relation mère-bébé dès la naissance et prédispose à des difficultés à établir un lien émotionnel à long terme. De plus, comme nous l'avons déjà évoqué, l'allaitement maternel est ainsi compromis.

Nos constatations ainsi que les conclusions de diverses autres études mènent à dire que les objectifs des programmes de prise en charge des mères adolescentes devraient mettre l'accent sur « la délivrance de soins prénataux adéquats », et moins s'inquiéter de l'influence de l'âge de la parturiente sur l'issue somatique, « vu que le problème est d'issue sociale plus que biologique » (3). A présent, intéressons-nous à l'offre de prise en charge en Suisse et au point de vue des spécialistes impliqués.

5.2. Partie II : Etat des lieux du dispositif de prise en charge en Suisse

Déoulant des résultats susmentionnés, une observation s'impose tout d'abord: la majorité des hôpitaux suisses interrogés n'a pas de professionnels spécialement formés pour la prise en charge d'une adolescente enceinte. En réalité, sur les 37% des hôpitaux qui déclarent proposer une consultation spécialisée en gynécologie de l'adolescente, seul 24% de ces 37% peuvent être considérés comme des consultations gynécologiques médicales spécialisées. En effet, les 76% restant proposent des suivis avec des professionnels non médecins. La faible proportion d'adolescentes mineures enceintes ne motive pas la formation de davantage de professionnels dédiés à la gynécologie de l'adolescence. Toutefois, la présence de ces consultations reflète tout de même l'existence d'une demande, et les adolescentes, particulièrement mineures, peuvent bénéficier dans certains hôpitaux suisses d'un suivi adapté à leurs besoins. L'éthique de notre démarche ne nous permet pas de déterminer quelles réponses correspondent à quels hôpitaux, cependant nous pouvons présumer que ces spécialistes en gynécologie de l'adolescente sont principalement présents dans les centres universitaires. Il est intéressant de constater également qu'aucun des hôpitaux interrogés ne fait intervenir, dans le suivi de grossesses, un « spécialiste de la médecine de l'adolescence », un médecin généraliste ou un pédiatre indépendant ayant une formation spécifique dans l'adolescence. Cette observation n'est pas surprenante, car assurément ces professionnels, peu nombreux, se rassemblent dans des Unités hospitalières spécialisées dans la prise en charge de l'adolescent, comme il en existe une à Lausanne (UMSA), et ne travaillent donc pas en indépendant. Dans notre étude, il ressort que ces Unités sont rares en Suisse. Toutefois, il convient de noter qu'aucune définition n'était proposée pour ces Unités dans notre questionnaire, il s'agit donc d'appréciations locales qui peuvent différer les unes des autres. Les besoins spécifiques des adolescentes enceintes, par rapport à ceux d'une femme enceinte plus âgée, sont relevés dans de nombreuses études dans la littérature. En effet, certains programmes américains de prise en charge de l'adolescente enceinte misent sur le fait qu'une grossesse à ces âges relève d'un « problème sous-jacent » (16). Partant de là, leurs interventions tournent autour d'un soutien médical et psychosocial de la mère, de son partenaire et de la famille afin de reconstruire « l'infrastructure défectueuse ». Ces programmes de prise en charge spécialisée ont démontré un bénéfice en termes de santé à long terme de la mère et du bébé.

Un point important de notre étude est la mise en évidence d'un suivi très souvent multidisciplinaire lors de grossesses d'adolescentes. En effet, une consultation par une sage-femme et/ou une assistante sociale est proposée dans 50% des cas. Les bénéfiques d'un travail en réseau sont nombreux, particulièrement à l'adolescence, afin de pouvoir adresser les besoins spécifiques de l'adolescente à d'autres professionnels (17). Avec la grossesse, les difficultés « normales » qu'affronte toute adolescente s'amplifient, et donc une prise en charge médicale, socio-éducative et psychique, ainsi qu'un soutien émotionnel prennent tout leur sens (18).

Aux HUG, depuis 2002, le Centre de planning familial, présent depuis de nombreuses années en indépendant, a été intégré dans la structure hospitalière. Une grande partie des jeunes filles enceintes sont orientées vers ce centre afin de bénéficier d'un suivi psychosocial à moyen terme et une préparation à la naissance. Ces consultations sont assurées par une sage-femme qui voit la jeune fille en moyenne six fois pendant la grossesse et la revoit dans les semaines suivant la naissance pour « faire le point sur la relation mère/bébé, l'allaitement, l'état émotionnel, la relation de couple, la contraception, etc.. » (12). Cette illustration régionale souligne bien l'importance d'une prise en charge non exclusivement somatique. De même, à Lausanne, vers la fin des années 90 s'est créée l'UMSA au sein du Département médico-chirurgical de pédiatrie du CHUV (26). Les gynécologues spécialisés dans l'adolescence et la conseillère en SSR-PF de l'UMSA et du DGOG travaillent en réseau étroit avec les assistantes sociales et sages-femmes du DGOG, les (pédo-) psychiatres de liaison ainsi qu'avec les autorités publiques (Service de protection de la jeunesse, Office du Tuteur général) pour la prise en charge des adolescentes, et notamment des adolescentes enceintes. Le principe de base qui fonde le suivi, au sein de cette Unité à Lausanne, est de donner à chaque parturiente la possibilité de se préparer tant physiquement que psychologiquement et émotionnellement à l'arrivée de l'enfant dans un cadre social adéquat et sécurisant. La procédure est, si possible, coordonnée avec le père de l'enfant et axée sur les besoins individuels de chacun. Un des principaux objectifs est la stimulation de la relation mère-enfant, afin d'aider l'adolescente à surmonter des sentiments ambivalents, souvent présents dans les cas de grossesses à l'adolescence.

D'autres exemples de prises en charge signalent le bénéfice de faire intervenir des maîtres de classe ou des référents de la place de travail de l'adolescente dans des consultations groupées, afin que la jeune fille maintienne un lien avec son univers scolaire ou professionnel (27). Dans notre étude, nous constatons qu'une majorité ne collabore « jamais » avec une infirmière ou le directeur scolaire. Ceci peut signifier deux choses : soit simplement que les professionnels du milieu scolaire ne sont pas intégrés de routine dans la prise en charge des adolescentes mineures, soit que les jeunes filles enceintes ne fréquentent peu ou pas un milieu scolaire ou professionnel. Comme le soulignent deux études (17)(18), les jeunes filles avec un faible bagage scolaire présentent des taux de grossesses plus importants. Il est important de clarifier que ce n'est souvent pas la grossesse qui mène à l'échec ou le renvoi scolaire, mais qu'un bas niveau achevé d'éducation est probablement déjà présent avant que ces adolescentes ne tombent enceintes.

L'intervention peu fréquente, selon notre relevé, des pédopsychiatres peut s'expliquer par le fait que lorsqu'une prise en charge sur le plan psychologique est nécessaire, celle-ci est plutôt effectuée par un psychologue.

Dans 50% des cas, les hôpitaux collaborent avec l'instance tutélaire ou l'office cantonal chargé de la protection de la jeunesse (dans le canton de Vaud : Service de protection de la jeunesse, SPJ). Concernant l'implication les instances de protection, ce chiffre nous mène à dire que, dans environ la moitié des cas de grossesses mineures, il y a des circonstances qui font craindre aux professionnels un environnement qui ne garantirait pas une sécurité adéquate pour la mère et/ou l'enfant. En ce qui concerne l'instance tutélaire, ce chiffre est plutôt surprenant. En effet, dans tous les cas de grossesses d'adolescentes mineures, l'instance tutélaire devrait obligatoirement entrer en jeu, vu que la mère mineure ne peut avoir

la garde de son enfant (Code civil, Art. 298, al. 2). Plusieurs hypothèses participent à l'explication ce constat. D'une part, notre questionnaire ne permettait pas de faire la part des choses entre ces deux instances distinctes. D'autre part, ces structures ainsi que leurs activités diffèrent d'un canton à l'autre. De plus, la question avait principalement pour but de déceler l'intervention précoce de toutes instances sociales officielles engagées dans la protection de l'enfant. Ce que nous concluons donc c'est que les instances juridiques sont souvent mandatées seulement après la naissance d'un enfant de mère mineure, et qu'il n'y pas de prise de contact avant. Dans le canton de Vaud, le rôle de l'Office du tuteur général est « d'exécuter les mandats tutélaires prononcés par les Justices de paix en faveur de personnes mineures ou majeures ». Cela comprend (28):

- Représenter les pupilles et leurs intérêts
- Assurer l'administration de leurs ressources financières (revenu, budget, aides sociales, etc.)
- Veiller à leur protection
 - en tenant compte de leur histoire, de leurs difficultés, de leurs attentes
 - en explorant avec eux leurs ressources, pour les mobiliser
 - en faisant avec eux plutôt qu'à leur place.

Le Service de protection de la jeunesse du canton de Vaud, lui, a comme mission de (28) :

- Prévenir la mise en danger de mineurs
- Protéger les mineurs en danger dans leur développement
- Surveiller l'accueil hors du milieu familial
- Soutenir les activités de jeunesse.

Dans le canton de Vaud, l'instance tutélaire est, depuis peu, amenée à intervenir précocement, soit déjà durant la grossesse, afin de préparer la future mère aux démarches qui seront effectuées lors de l'arrivée de l'enfant.

En post-partum, nous constatons que seul 30% des institutions interrogées mettent « souvent » à disposition des jeunes mères une consultation de planning familial auprès des conseillers en SSR-PF et 38% y ont recours « occasionnellement ». Les conseillers s'occupent de tout ce qui est en lien avec la vie sexuelle, la prévention de la grossesse non désirée et des infections sexuellement transmissibles (29). « En matière de planning familial, l'information n'implique pas seulement de donner des conseils techniques, mais aussi d'aborder les questions relatives à la sexualité, aux rapports humains et aux aspects psychologiques et sociaux de la vie en commun » (Conseil de l'Europe, mars 1978). Ces approches ont démontré, à de nombreuses reprises dans la littérature, leurs effets positifs sur la prévention des grossesses répétées à l'adolescence, et par conséquent l'amélioration des perspectives éducationnelles, sociales et médicales des mères adolescentes (11)(15)(30). Il semblerait ainsi judicieux d'introduire de façon plus systématique, dans la prise en charge une consultation avec une conseillère en SSR-PF. Des structures proposant des accompagnements par des conseillères en SSR-PF ou par des professionnels disposant d'une formation jugée équivalente existent aujourd'hui dans la majorité des cantons suisses, traduisant la demande et le besoin de la population pour ces centres (source : www.plan-s.ch).

65% des sondés disent avoir recours « occasionnellement » aux Unités d'accueil mère-enfant. Ces structures offrent « un accueil professionnel dans un cadre organisé et sécurisant » (31). En étant pareillement entourées, les mères intègrent petit à petit l'autonomie et les responsabilités maternelles. Les buts sont de développer le lien mère-enfant, renforcer ou restaurer des compétences maternelles, offrir, si nécessaire, la protection à l'enfant et éviter de séparer la mère et son bébé (31). Il paraît donc important de promouvoir ce genre de structures lorsque la jeune mère est motivée à investir son enfant, mais qu'elle présente des facteurs de risque qui pourraient potentiellement compromettre son investissement.

L'inclusion du géniteur, s'il est présent, et des parents de l'adolescente dans la prise en charge pendant et après la grossesse est primordiale. En effet, c'est par le renforcement des liens entre l'adolescente et son

environnement que se créent les conditions les plus favorables à l'épanouissement de la mère et de son enfant. Il a été démontré que le soutien des membres de la famille réduit le stress de la mère adolescente, permet le développement optimal de la relation mère-enfant et promeut celui de l'enfant (27). De plus, le soutien du père de l'enfant, partenaire actuel ou non, contribue au bien-être de l'adolescente enceinte et est un facteur de bon pronostic pour le devenir de l'enfant. Malheureusement, les relations entre les partenaires adolescents sont souvent de courte durée (27). Tous les bénéfices de cette prise en charge intégrée ont été largement compris dans la toute grande majorité des hôpitaux suisses au vu de l'importante proportion des interrogés qui inclut les parents et/ou le géniteur dans la prise en charge.

« Les cours de préparation à la naissance ont pour buts d'informer sur les changements inhérents à la grossesse, de comprendre les mécanismes de l'accouchement et de parler de l'arrivée du nouveau-né au sein de la famille. Ils permettent aussi de partager expériences et vécu avec d'autres femmes enceintes, d'autres futurs parents et une sage-femme » (32). Pourtant, moins de 25% des hôpitaux ont recours à des cours spécifiques pour adolescentes. C'est d'autant plus surprenant que ces cours sont en grande partie remboursés par l'assurance maladie de base. Une explication serait de postuler que les adolescentes enceintes bénéficient de telles informations « sur mesure » et dans un cadre individuel, sans que cela ne soit assimilé à des cours de préparation à la naissance spécifiques pour adolescentes. En comparaison, les modèles classiques de cours se déroulent plutôt en groupe. Les adolescentes, de part leur situation particulière (jeune âge, père de l'enfant souvent pas présent) peuvent par ailleurs être jugées plus difficiles à intégrer dans un cours de préparation à la naissance classique. Lorsque des médecins spécialisés dans la gynécologie de l'adolescence sont présents dans l'institution, le taux de cours de préparation à la naissance pour les adolescentes grimpe à 75%. Cette différence marquée peut s'expliquer par la prise en charge multidisciplinaire mieux adaptée dans ces institutions, ainsi que par un nombre de cas suivis plus important incitant à la mise sur pied de cours spécifiques.

Les priorités absolues en termes d'issues de prise en charge d'une grossesse à l'adolescence, qui ont été énoncés par les participants à la présente enquête suisse, sont d'établir le lien mère-enfant et d'instaurer une contraception sûre. Le renforcement du lien entre la mère adolescente et son enfant, grâce à des programmes spécifiques de soutien a montré des bénéfices significatifs en termes d'estime de soi de l'adolescente (27)(33). Ce gain de confiance est relié à un bien-être psychologique à long terme qui offre la possibilité à la mère de créer un environnement stimulant pour le bébé. Cependant, le lien entre ce bien être psychologique et l'amélioration des connaissances et compétences maternelles n'a pas été démontré.

Quand les adolescentes commencent leur activité sexuelle, elles échouent souvent à utiliser une contraception efficace. Selon une étude (9), environ 50% des grossesses d'adolescentes surviennent 6 mois après le début de l'activité sexuelle. Les raisons pour la non-utilisation de contraceptifs peuvent être diverses: des connaissances lacunaires au sujet de la contraception, une mauvaise estimation de leur risque personnel ou une barrière à l'accès aux contraceptifs. L'importance de l'éducation contraceptive lors des consultations de *counseling* sexuel après un accouchement a été bien démontrée dans la littérature afin de prévenir une deuxième grossesse chez une adolescente (11)(34)(35). Les mères adolescentes utilisant comme méthode contraceptive des injections de dépôt Medroxyprogestérone Acétate (DMPA) ont un taux de grossesses à 12 mois post-partum significativement inférieur à celles utilisant un contraceptif oral (35). Les recommandations préconisent donc de mettre en place un plan de contraception au plus tard au 3^e trimestre de la grossesse et de rechercher les barrières qui pourraient compromettre l'accès à une contraception efficace (25).

L'évaluation du risque de négligence potentielle est une préoccupation pour plus de 40% des répondants. De nombreuses études soulèvent un risque majoré de négligence de l'enfant par la mère adolescente, en

comparaison à la population générale (15)(25)(36). Aux Etats-Unis, chaque année 2.7 millions d'enfants sont victimes de négligence ou d'abus (36). Une analyse faite aux Etats-Unis a conclu que le fait d'être une mère adolescente est le facteur de risque isolé le plus important d'interruption des soins maternels au nouveau-né durant sa première année de vie (36). Il est aujourd'hui reconnu que les parents adolescents ont une compréhension limitée des recommandations faites par les cliniciens (25). La bonne nouvelle est qu'une intervention ciblée, basée sur l'information et le suivi intensif, a un effet significatif sur la diminution des négligences envers des enfants de mères adolescentes (15). Cela implique de passer plus de temps avec les jeunes mères afin de s'assurer de leur compréhension des instructions et des recommandations (25).

Plus de la moitié des participants attribuent une priorité absolue au dépistage de la violence sexuelle et non sexuelle. La littérature leur donne raison, car les violences physiques ou sexuelles sont influencées positivement par des prises en charge incluant informations et soutiens intensifs (15)(36). L'identification de violence domestique dans la famille des jeunes parents ou dans le couple est essentielle, car elle prédispose à un risque pour la santé de toute la famille. Il faut pour cela poser la question à chaque membre de la famille. Si la violence est identifiée, un soutien spécialisé devrait être apporté. Il est important d'expliquer à la jeune mère ayant une anamnèse de violence que son bébé est aussi potentiellement à risque de subir de la violence et de se voir lui-même reproduire ces comportements dangereux (25). En effet, les enfants victimes de violence proviennent plus souvent de foyers où les parents eux-mêmes ont été victimes de violence, sont des consommateurs de substances ou subissent des stress extrêmes (18). Il est estimé aux Etats-Unis que 35 à 60% des mères adolescentes auraient été victimes de violences sexuelles (18). Les professionnels se doivent d'explorer avec elles les effets que peut avoir ce passé sur leur fonctionnement psychologique actuel. Puis, selon les besoins décelés, il peut être utile de référer les patientes à un pédopsychiatre (25).

La grossesse d'une adolescente est souvent considérée dans la littérature comme à plus haut risque de prématurité (3)(4)(21). Notre étude n'a pas mis en évidence un tel risque. Toutefois, des études montrent que ce risque présumé n'est pas une caractéristique intrinsèque des grossesses chez les adolescentes, mais qu'il est le résultat de soins prénataux inadéquats (3)(5)(6)(21). Une étude suggère également que la consommation de substances, l'absence de scolarité, des antécédents d'abus sexuel dans l'enfance, la dépression et un soutien social inadéquat seraient des facteurs de risque d'accouchement prématuré chez l'adolescente (21). Nous comprenons dès lors qu'un grand nombre de répondants jugent le dépistage de l'accouchement prématuré comme une priorité absolue chez l'adolescente. En effet, au vu de la multitude de facteurs influençant vraisemblablement cette issue, la prévention de l'accouchement prématuré permettrait de soulever des problèmes annexes. Cependant, notons que les médecins responsables d'une consultation de gynécologie-obstétrique de l'adolescence sont une majorité à ne pas considérer la prévention de la prématurité comme une priorité absolue. Nous pouvons interpréter cette discordance par le fait que les médecins spécialisés dans la gynécologie de l'adolescence sont avisés du biais d'interprétation dont nous invoquons l'existence et que l'on retrouve soulevé à plusieurs reprises dans la littérature. L'on peut donc présumer que ces spécialistes se focalisent plus directement sur d'autres facteurs de risque potentiellement associés à la prématurité.

35% des répondants estiment que l'organisation d'une formation professionnelle de la jeune mère (ou du couple) est une « priorité absolue », et 35% pensent que c'est « très important ». Ces résultats sont soutenus par des évidences de la littérature affirmant qu'un soutien à l'éducation des mères adolescentes permet de réduire les échecs et abandons scolaires et d'augmenter les chances de trouver un travail (27). Cette évidence a toute son importance lorsqu'on sait aujourd'hui qu'une adolescente enceinte dans une situation socioéconomique précaire expose l'enfant à naître à un risque de malnutrition et de mauvais pronostic prénatal (18). De plus, la pauvreté est un risque pour des soins prénataux inadéquats. Comme

déjà mentionné auparavant, un bas niveau de formation et la pauvreté résultent en un risque accru de grossesse précoce. Ces mères adolescentes ont de plus fortes probabilités de devoir affronter la pauvreté par la suite, et donc de transmettre ce flambeau à leurs enfants (18). C'est ce cercle vicieux qu'il faut briser en mettant un point d'honneur à organiser une formation pour les adolescentes enceintes. Selon les résultats de notre étude, très peu d'institutions suisses collaborent aujourd'hui avec un partenaire d'un réseau éducatif. Au vu des réflexions énoncées ci-dessus, cette lacune devrait être sujette à changement.

L'enseignement des soins aux nouveau-nés est d'une « importance capitale » pour 64% des répondants. Cela passe par l'exploration anamnétique de la capacité de la famille à se procurer tout ce dont le bébé a besoin, y compris une alimentation adaptée aux nourrissons (25). De plus, des programmes d'apprentissage des soins aux bébés ont été menés aux Etats-Unis (18). Ces interventions ont montré que les adolescentes acquéraient de bonnes connaissances du développement de l'enfant et les techniques de soins appropriées, ce qui avait pour effet de réduire le risque de négligence ou de maltraitance de l'enfant.

Selon cette étude, les points les plus importants dans l'évaluation des aptitudes maternelles sont le support familial dont bénéficie l'adolescente, et sa motivation à investir son enfant. En effet, une jeune fille dont on doute de la capacité à établir un lien mère-enfant adéquat, ou dont la motivation et la capacité à s'occuper de son enfant sont incertains, devrait faire l'objet d'une évaluation par l'instance tutélaire, respectivement les instances habilitées, concernant sa capacité à assumer ses responsabilités maternelles. Dans le doute, ces instances peuvent faire appel aux compétences d'autres professionnels, tels qu'éducateurs, pédopsychiatres et spécialistes de la petite enfance, pour une évaluation anténatale et des observations postnatales de durée plus ou moins longue.

Comme précédemment évoqué, il a été démontré dans la littérature qu'un manque de soutien de la famille de l'adolescente place celle-ci dans une situation à plus grand risque de malnutrition et mauvaise hygiène, entre autres (16). La présence de sa famille est un point crucial offrant à l'adolescente une plus grande chance de poursuivre une formation professionnelle et réduisant les risques de négligence envers l'enfant, en diminuant le stress que subit la mère adolescente.

Il est cependant surprenant de constater que le niveau achevé d'éducation de la fille n'influence que « modérément » les participants à cette étude concernant l'évaluation des aptitudes maternelles. Ceci peut s'interpréter de la manière suivante: le niveau d'éducation est avant tout considéré lors de l'évaluation des risques de mauvais pronostic à long terme en rapport avec la pauvreté et/ou une stimulation intellectuelle et un encadrement éducatif insuffisant. Par contre, les capacités maternelles sont considérées comme étant avant tout dépendantes des ressources relationnelles et de la disponibilité psychologique et émotionnelle. Le niveau d'éducation, lui, passe pour ne jouer qu'un rôle secondaire dans l'évaluation des aptitudes maternelles, pour autant qu'une information adéquate sur les besoins du bébé fournie par un professionnel ou un proche soit bien assimilée.

Pour clore ce volet, intéressons-nous au point de vue des professionnels concernant les éventuelles adaptations souhaitées du système actuel de prise en charge des grossesses chez les adolescentes. Une remarque fréquemment retrouvée est que le faible nombre de cas vus dans les centres les plus petits est un important frein à la volonté de développer des structures spécialisées pour ces patientes. Plusieurs répondants ont fait la proposition de regrouper les différents intervenants impliqués dans des Unités de gynécologie de l'adolescence à intégrer dans les plus grands hôpitaux, afin de créer une sorte de réseau qui faciliterait la collaboration et l'identification de tous les partenaires. De plus, il a été fait mention de l'augmentation possible de centres d'accueil de la jeune mère et de son enfant afin d'assurer un suivi plus rapproché pour les adolescentes qui en auraient besoin (ex : problèmes psychiatriques, dépendances,

etc.). D'autres ont proposé d'intensifier plutôt les possibilités de prise en charge éducative ambulatoire et de donner aux pères adolescents la possibilité de créer un lien avec leur enfant.

Il nous paraît important de relever que certains répondants estiment que les structures actuelles sont satisfaisantes au regard de la faible population concernée, et qu'il n'y a donc pas lieu de chercher à améliorer le système entier de prise en charge. Toutefois, il ressort l'idée générale que celle-ci doit être individualisée aux besoins de chaque patiente afin d'apporter l'aide la plus profitable possible.

Le manque d'investissement financier et d'intérêt politique à la question des grossesses à l'adolescence est le point le plus relevé par tous les professionnels comme étant un obstacle à une évolution des structures actuelles de prise en charge.

5.3. Partie III : Entretien individuel exploratoire

La problématique des nombreux rendez-vous manqués par les adolescentes au cours de notre étude illustre parfaitement l'ambivalence qui prévaut à cet âge. En effet, durant le suivi de grossesses d'adolescentes, les professionnels mentionnent fréquemment des rendez-vous manqués, et notent que ce sont principalement ceux ne concernant pas directement un contrôle de santé (contrôle obstétrical).

A la lumière de l'exemple de prise en charge dont a bénéficiée l'adolescente interviewée, les schémas 1 et 2 fournissent un modèle standardisé des prises en charge de grossesses adolescentes à Lausanne, tel que décrit plus haut, et permettent de mieux se représenter l'intrication des différents intervenants impliqués.

Schéma 1 : Pendant la grossesse (issu de : Renteria S.-C. Schwangerschaft und Geburt bei Jugendlichen in der Schweiz, Teil 2 : Besonderheiten im Beratungs- und Betreuungsprozess.)

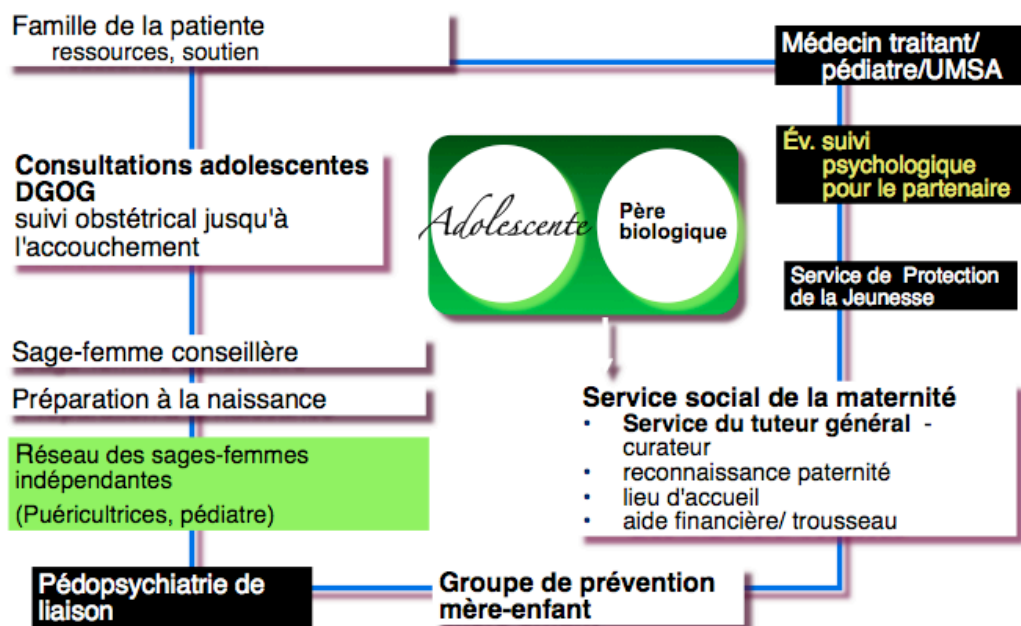
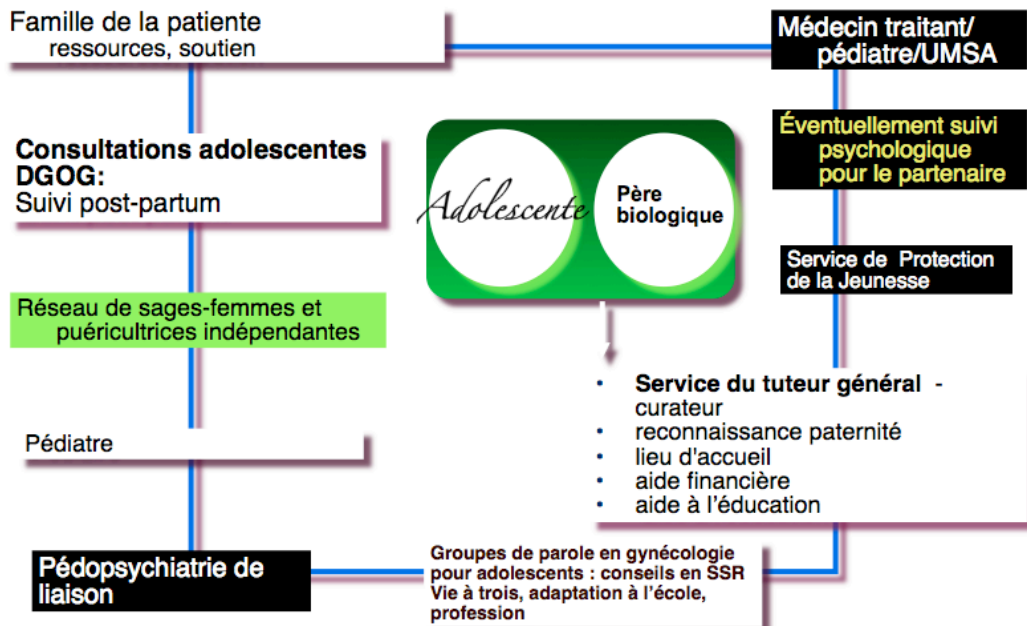


Schéma 2 : Après l'accouchement (issu de : Renteria S.-C. Schwangerschaft und Geburt bei Jugendlichen in der Schweiz, Teil 2 : Besonderheiten im Beratungs- und Betreuungsprozess)



Pour conclure et afin de fournir un élément de réponse à la patiente qui souhaitait être plus entendue, soulignons qu'il existe très souvent un hiatus entre les besoins et/ou désirs de l'adolescente, et les impératifs de protection de la mère et de l'enfant. Le cadre s'imposant comme nécessaire peut apparaître comme trop contraignant aux yeux de la mère adolescente directement concernée.

6. Conclusion

Notre démarche a permis de mettre en évidence plusieurs éléments relevant de la situation des grossesses chez les adolescentes en Suisse.

Tout d'abord, rappelons que l'incidence de ces grossesses est en diminution ces dernières années dans notre pays. Ceci peut s'expliquer, du moins en partie, par une volonté politique actuelle de mettre l'accent sur la prévention en introduisant des cours d'éducation sexuelle dans les classes et en facilitant l'accès pour les jeunes à des prestations de conseils en SSR-PF. La littérature, principalement étasunienne, recèle de données très variées au sujet des issues médicales et psychosociales des grossesses à l'adolescence. Néanmoins, la tendance littéraire globale pousse à s'attendre à un taux de complications de grossesse effectivement plus important chez les adolescentes. En Suisse, au vu de notre étude, les complications obstétricales et néonatales des grossesses de l'adolescente ne sont pas significativement plus élevées que celles des grossesses des mères adultes. Une explication pourrait être l'accès plus aisé au système de santé, le niveau socioéconomique élevé et un réseau socio-éducatif performant. Toutefois, nous mettons en évidence des différences entre les deux groupes de parturientes plutôt sur le plan des dépendances aux substances et des issues psychosociales des grossesses.

De plus, dans la grande majorité des institutions de notre pays, exception faite des hôpitaux universitaires, les professionnels spécialisés dans la gynécologie de l'adolescence sont absents. Malgré cela, nous constatons une volonté générale de porter une attention particulière à ces grossesses avec la

mise en place d'une prise en charge individualisée recrutant des acteurs spécifiques (parents, office de protection de la jeunesse, instance tutélaire, unité d'accueil mère-enfant, etc..). Toutefois, ces moyens sont souvent très inégaux en fonction des régions et, dans la plupart des cas, nous constatons l'absence de protocoles définis ou de réseaux structurés. Ce sont précisément des réseaux adaptés que proposent de nombreux professionnels afin d'optimiser la prise en charge des grossesses chez les adolescentes en Suisse.

Cette étude avait pour but d'effectuer un bilan et une observation à court terme pendant le post-partum des offres de prise en charge de l'adolescente enceinte en Suisse. Il serait intéressant de la poursuivre afin d'évaluer sur un plus long terme et d'effectuer une étude prospective de suivi de ces grossesses. Ceci n'a pas été possible dans le cadre de cette recherche limitée dans le temps. Bien que cette étude inclue une grande partie des hôpitaux suisses, il serait utile de dresser un panorama plus large en étendant la recherche aux hôpitaux restant et d'obtenir ainsi des réponses de la part d'autres professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge des adolescentes enceintes. De plus, rappelons que la banque de données de l'AGOS représente un échantillon de 40% du nombre total de naissances vivantes en Suisse durant la période de 2005 à 2009. La majorité de celles-ci sont des naissances survenues dans des hôpitaux de classe B, qui ne représentent pas nécessairement la même population qu'en hôpital de classe A (en termes de facteurs de risques et pathologies concomitantes). Toutefois, pour l'analyse des dispositifs de prise en charge par l'envoi des questionnaires, toutes les classes d'hôpitaux peuvent être considérées comme équitablement représentées. Enfin, limitée par le temps, cette étude s'est proposée d'explorer un aspect de la prise en charge des adolescentes enceintes, soit celui développé par les hôpitaux. Elle n'approfondit pas les soutiens proposés, par exemple, par des médecins installés, qu'ils soient généralistes, pédiatres ou gynécologues, ou par des sages-femmes indépendantes, par d'autres institutions publiques (ex : services sociaux régionaux) ou des associations privées fondées pour soutenir ces jeunes mères.

7. Références

1. Wanner Philippe, Naissances adolescentes en Suisse, 1969-2004; bulletin d'information démographique, Office fédéral de la Statistique, 2005
2. <http://www.iump.ch>, consulté le 11.12.2011
3. Bukulmez O, Deren O. Perinatal outcome in adolescent pregnancies: a case-control study from a Turkish university hospital. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2000;88(2):207–212
4. Gupta N, Kiran U, Bhal K. Teenage pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2008;137(2):165–171
5. De Vienne CM, Creveuil C, Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: A cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2009; 147(2):151–156
6. Spencer N. The social patterning of teenage pregnancy. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2001;55(1):5
7. Stevens-Simon C, White MM. Adolescent pregnancy. *Pediatr Ann*. 1991;20(6):322-31
8. Fraser A, Brockert J, Ward R. Association of Young Maternal Age with Adverse Reproductive Outcomes — NEJM
9. Elfenbein D.S, Felice M.E, Adolescent pregnancy, *The pediatric clinics of North America*, 2003, 781-800
10. Sibertin-Blanc D, Le bébé de mère adolescente, à qui appartient-il? *Revadosanté, Revue de médecine et santé de l'adolescent*, 2001, n°2
11. Omar HA, Fowler A, McClanahan KK. Significant Reduction of Repeat Teen Pregnancy in a Comprehensive Young Parent Program. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2008;21(5):283–287
12. Bettoli L, Parents mineurs: la grossesse, facteur de maturation pour les jeunes parents? Quels risques comporte-t-elle? Quel accompagnement à Genève?, *Thérapie Familiale*, 2003, vol 24, no 2, 179-191
13. Le Van C, Les grossesses à l'adolescence, normes sociales, réalités vécues, Ed. L'Harmattan, Paris
14. Koniak, Griffin. An Early Intervention Program for Adolescent Mothers: A Nursing Demonstration Project. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2006. Wiley Online Library
15. Flynn. *The Adolescent Parenting Program: Improving Outcomes Through Mentorship*. Public Health Nursing, 2002. Wiley Online Library
16. Rabin JM, Seltzer V, Pollack S. The long term benefits of a comprehensive teenage pregnancy program. *Clin Pediatr (Phila)*. 1991;30(5):305-9
17. Renteria S.-C. Schwangerschaft und Geburt bei Jugendlichen in der Schweiz, Teil 1: Besonderheiten im Beratungs- und Betreuungsprozess. *Gynäkologie* 6/2008
18. de Fátima Rato Padin M, de Souza e Silva R, Chalem E, Mitsuhiro SS, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Brief report: a socio-demographic profile of multiparous teenage mothers. *J Adolesc*. 2009 Jun;32(3):715-21. Epub 2009 Mar 3
19. Vlajkovic E. Gynécologie suisse SSGO - un sigle de qualité et de sécurité. *Bulletin des médecins suisses*. 2008; 89: 5

20. Quinlivan JA, Box H, Evans SF. Postnatal home visits in teenage mothers: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2003 Mar 15;361(9361):893-900
21. Fessler KB. Social outcomes of early childbearing: important considerations for the provision of clinical care. *J Midwifery Womens Health*. 2003 May-Jun;48(3):178-85
22. Schönfeld B, Raio L, Dingeldein I. Geburtshilfliche Aspekte bei adolescenten Schwangeren, eine Analyse aus der ASF-Satenbank. *Groupement Suisse de Gynécologie de l'Enfant et de l'Adolescente (GYNEA)*. Juin 2006 : 12-13
23. Konje JC, Palmer A, Watson A, Hay DM, Imrie A, Ewings P. Early teenage pregnancies in Hull. *Br J Obstet Gynaecol*. 1992 Dec;99(12):969-73
24. Kirchengast S, Hartmann B. Impact of maternal age and maternal somatic characteristics on newborn size. *Am J Hum Biol*. 2003 Mar-Apr;15(2):220-8
25. Thurman AR, Hammond N, Brown HE, Roddy ME. Preventing repeat teen pregnancy: post-partum depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptive pills, or the patch? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007 Apr; 20(2):61-5
26. Renteria S.-C. Schwangerschaft und Geburt bei Jugendlichen in der Schweiz, Teil 2 : Besonderheiten im Beratungs- und Betreuungsprozess. *Gynäkologie* 6/2008
27. Foster HW Jr, Bond T, Ivery DG, Treasure OA, Smith D, Sarma RP, Engram AC, Cathcart S, Teen pregnancy-problems and approaches: panel presentations. *Am J Obstet Gynecol*. 1999 Jul;181(1):S32-6
28. Letourneau NL, Stewart MJ, Barnfather AK. Adolescent mothers: support needs, resources, and support-education interventions. *J Adolesc Health*. 2004 Dec;35(6):509-25
29. <http://www.vd.ch/fr/autorites/departements>, consulté le 11.12.2011
30. <http://www.profa.ch/Accueil/accueil.htm>, consulté le 11.12.2011
31. Barnet B, Rapp T, DeVoe M, Mullins CD. Cost-effectiveness of a motivational intervention to reduce rapid repeated childbearing in high-risk adolescent mothers: a rebirth of economic and policy considerations. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010 Apr;164(4):370-6
32. <http://www.fjfnet.ch/proto3/M%E8re-Enfant.htm>, consulté le 11.12.2011
33. http://www.chuv.ch/dgo/dgo_home/dgo_patients/dgo_info_suivi_grossesse/dgo_info_preparation_naissance.htm, consulté le 11.12.2011
34. Fleming AS, Klein E, Corter C. The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers. *J Child Psychol Psychiatry*. 1992 May;33(4):685-98
35. Templeman CL, Cook V, Goldsmith LJ, Powell J, Hertweck S. Ppost-partum contraceptive use among adolescent mothers. *Obstet Gynecol*. 2000 May;95(5):770-6
36. Stevens-Simon C, Beach RK, McGregor JA. Does incomplete growth and development predispose teenagers to preterm delivery? A template for research. *J Perinatol*. 2002 Jun;22(4):315-23

8. Annexes

Annexe 1

Questionnaire destiné aux médecins ou autres professionnels participant à l'étude

« Etat des lieux de la prise en charge de l'adolescente enceinte dans les hôpitaux suisses »

1. Je réponds pour l'institution en tant que :

- Médecin-**chef** gynécologue-obstétricien FMH sans formation spécifique relative aux adolescentes
- Médecin **cadre** gynécologue-obstétricien FMH sans formation spécifique relative aux adolescentes
- Médecin responsable d'une consultation de gynécologie pour adolescentes (gynécologue-obstétricien)
- Médecin responsable d'une consultation de médecine de l'adolescente (pédiatre ou médecin généraliste FMH)
- Sage-femme
- Assistant social
- Autre :

2. Quel suivi obstétrical **pendant la grossesse et en post-partum** est proposé à une adolescente enceinte **mineure** qui se présente dans votre institution ? (plusieurs réponses possibles)

- Polyclinique de gynécologie et obstétrique de l'hôpital
- Un gynécologue-obstétricien FMH sans formation complémentaire en gynécologie de l'adolescence
- Consultations spécialisées de gynécologie de l'adolescente (médecins et autres)
- Un gynécologue-obstétricien FMH formé en gynécologie de l'adolescence, rattaché à l'institution
- Un gynécologue-obstétricien FMH indépendant, formé en gynécologie de l'adolescence
- Consultation en gynécologie psychosomatique et psychosociale
- Un gynécologue-obstétricien FMH spécialisé en gynécologie psychosomatique et psychosociale
- Unité de Santé des Adolescents rattaché à l'institution (pas forcément gynécologie)
- Unité de Santé des Adolescents à l'extérieur de l'institution
- Un spécialiste en pédiatrie FMH formé en gynécologie de l'adolescence et rattaché à l'institution
- Un spécialiste en pédiatrie FMH indépendant formé en gynécologie de l'adolescence
- Consultations sages-femmes dans l'institution
- Consultations sages-femmes indépendantes
- Médecin généraliste indépendant formé en gynécologie de l'adolescence
- Autres :

3. Quels sont les autres professionnels qui interviennent **durant le suivi d'une grossesse** chez l'adolescente?

A choix : souvent, occasionnellement, rarement, jamais

- Sage-femme conseillère rattachée à l'institution

- Sage-femme à l'extérieur de l'institution
- Pédiopsychiatre rattaché à l'institution
- Pédiopsychiatre indépendant
- Assistante sociale rattachée à l'institution
- Assistante sociale à l'extérieur de l'institution
- Office du tuteur général
- Société de protection de la jeunesse
- Médecin généraliste ou pédiatre FMH formé en médecine de l'adolescence
- Infirmière scolaire/enseignant/directeur d'école
- Autres :

4. Existe-t-il des cours de préparation à la naissance spécifiques pour adolescentes dans votre institution ? (une seule réponse possible)

- Oui
 - Individuel
 - En groupe
- Non

5. Quels sont les autres professionnels qui interviennent dans **le post-partum** d'une adolescente ?
A choix : souvent, occasionnellement, rarement, jamais

- Pédiatre FMH rattaché à l'institution
- Pédiatre FMH indépendant
- Médecin généraliste ou pédiatre FMH formé en médecine de l'adolescence
- Office du tuteur général
- Service de protection de la jeunesse
- Sage-femme conseillère rattachée à l'institution
- Sage-femme à l'extérieur de l'institution
- Pédiopsychiatre rattaché à l'institution
- Pédiopsychiatre indépendant
- Assistante sociale rattachée à l'institution
- Assistante sociale à l'extérieur de l'institution
- Planning familial /Centre de conseil en santé sexuelle et reproductive
- Unité d'accueil mère-enfant
- Autres :

6. Est-ce que votre approche de prise en charge inclut l'intégration :
A choix : souvent, occasionnellement, rarement, jamais

- Du partenaire
- Des parents du partenaire
- Des parents de l'adolescente
- Seulement de l'adolescente

7. Comment définissez-vous, dans votre pratique, les priorités en termes d'issue de la prise en charge:

Réponses : 5 = priorité absolue

1 = secondaire

- Etablir le lien mère-enfant
- Instauration de l'allaitement
- Médiation avec la famille, le milieu d'origine
- Etablir/soutenir les liens avec le partenaire
- Organiser une formation professionnelle et/ou le maintien de la scolarité
- Dépister la violence domestique sexuelle ou non sexuelle
- Enseigner les soins aux bébés
- Evaluation du risque de maltraitance physique de l'enfant
- Dépister le risque d'accouchement prématuré
- Diagnostiquer l'utilisation de substances
- Maintien de la mère avec son enfant
- Empêcher la désinsertion sociale
- Organiser un espace temps pour vivre l'adolescence
- Veiller à un bon équilibre alimentaire
- Evaluation du risque de négligence envers l'enfant
- Dépister le faible poids de naissance
- Accès à la césarienne pour demande maternelle
- Combler les lacunes en matière d'éducation sexuelle
- Accéder à un moyen de contraception sûr

8. Aspects légaux : concernant l'évaluation des aptitudes maternelles de l'adolescente et le choix de lieu de vie de la mère et de l'enfant, dans quelle mesure les éléments suivants entrent, à votre avis, en ligne de compte ?

Réponses : 3=Influence grandement la décision

2=Influence modérément la décision

1=Influence peu la décision

- Réseau de support familial
- Relation avec le partenaire
- Statut socioéconomique de la mère et de sa famille
- Niveau d'éducation de la fille
- Valeurs familiales, religion, culture
- Réseau de soins professionnels mis en place
- Acceptation du réseau par la patiente
- Consommation à risque (drogues et alcool)
- Santé physique de la mère et de l'enfant (malformations, pathologies congénitales)
- Santé psychique
- Motivation de la mère à investir le lien mère-enfant
- Disponibilité de lieux d'accueil spécialisés
- Antécédents personnels ou familiaux de violences, abus sexuels
- Antécédents de troubles du comportement à l'adolescence

- Autres :

9. Estimez-vous que le dispositif en place pour la prise en charge des grossesses chez les adolescentes corresponde aux besoins, dans votre institution?

- Oui
- Non
- En partie

10. Y a-t-il des aspects que vous souhaiteriez améliorer **dans votre institution**?

11. Quels sont les obstacles pour les améliorations **dans votre institution** ?

Annexe 2

Formulaire d'information et de consentement des participantes à l'étude

« Etat des lieux de la prise en charge de l'adolescente enceinte dans les hôpitaux suisses »

Entretien avec les patientes de la Maternité, CHUV

Cet entretien est réalisé dans le cadre d'une étude analysant la prise en charge de l'adolescente enceinte dans les hôpitaux suisses. Cette recherche est dirigée par la Dresse Saira-Christine Renteria, médecin adjoint, Département de Gynécologie et d'Obstétrique du CHUV. Ce projet permettra d'établir un panorama des types de prise en charge mises en place pour les adolescentes mineures enceintes en Suisse, d'analyser les prises de décisions effectuées dans ces cas, et de proposer d'éventuelles nouvelles pistes de réflexions pour axer l'offre aux besoins spécifiques de ces jeunes filles.

Avant d'accepter de participer à cet entretien, veuillez prendre le temps de lire les renseignements suivants :

Déroulement de la participation

Votre participation à cette étude consiste en une entrevue enregistrée d'environ 20 minutes qui portera sur les éléments suivants :

- L'organisation de votre prise en charge lors de votre grossesse et après votre accouchement et son issue.
- Votre point de vue concernant la prise en charge que vous avez vécue.
- Vos propositions d'amélioration pour le futur.

Si vous ne souhaitez pas répondre à l'une ou l'autre des questions posées, n'hésitez pas à le faire savoir à la personne qui mène l'entretien.

Avantages et inconvénients possibles liés à votre participation

Votre précieuse participation permettra de mettre concrètement en perspective la prise en charge d'une adolescente enceinte.

Il est possible que cet entretien soulève des souvenirs et des émotions émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler à la personne qui mène l'entrevue.

Confidentialité et gestion des données

Les renseignements fournis durant les entretiens seront analysés de façon confidentielle. Les noms des participantes ne paraîtront dans aucun rapport. Les enregistrements seront conservés jusqu'à la fin du projet, soit au plus tard jusqu'en février 2012, après quoi ils seront détruits.

Si vous avez des questions ou si vous souhaitez de plus amples renseignements, n'hésitez pas à vous adresser à Dresse Saira-Christine Renteria au numéro de téléphone suivant : 021 314 37 60 ou à Myriam Sidrak, co-investigatrice, à l'adresse courriel suivante : myriam.sidrak@unil.ch

Votre collaboration est très précieuse et nous vous remercions de participer à cette étude.

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

J'accepte que mes propos soient enregistrés dans le cadre de l'entrevue.

Je soussignée accepte de participer à cette étude :

-----	-----	-----
Nom du participant	Signature du participant	Date

Je certifie avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement :

-----	-----	-----
Nom du chercheur	Signature du chercheur	Date

Annexe 3

Fil conducteur pour l'entretien dirigé avec les patientes de la Maternité participant à l'étude

« Etat des lieux de la prise en charge de l'adolescente enceinte dans les hôpitaux suisses »

Pour aborder l'entretien, la première question ouverte sera posée. Puis, les points qui ne seront pas abordés spontanément par la patiente seront soulevés à l'aide de ce fil conducteur.

1. Comment s'est déroulée l'organisation de la prise en charge de votre grossesse à la Maternité ?
 - a. Quels sont les professionnels qui vous ont suivi ?
 - b. Quel a été le rôle de ces professionnels ?
 - c. Y'a-t-il eu des divergences de point de vue entre leur perception de ce rôle et la vôtre ?
2. Comment s'est déroulée la prise en charge en post-partum ?
 - a. Quels sont les professionnels qui vous ont suivi ?
 - b. Quel a été le rôle de ces professionnels ?
 - c. Y'a-t-il eu des divergences de point de vue entre leur perception de ce rôle et la vôtre ?
3. Que pensez-vous de la prise en charge dont vous avez bénéficié pendant et après la grossesse ?
 - a. Les points positifs.
 - b. Les points négatifs.
 - c. Auriez-vous désiré quelque chose de plus ?
 - d. Quel est votre point de vue concernant l'intégration de vos proches et de votre éventuel partenaire dans ce suivi ?
4. Quelles sont vos propositions d'amélioration pour le futur ?

9. Remerciements

Ce travail a été réalisé en étroite collaboration et sous la direction de la Dresse Saira-Christine Renteria que je remercie vivement pour son soutien, ses conseils et son encadrement.

L'accomplissement de ce travail a été rendu possible grâce à la très aimable mise à disposition des données de l'AGOS par le Dr Thomas Hess et M. Ruedi Tschudi de l'hôpital cantonal de Winterthur.

Nous remercions également Mme Manuela Bollinger pour l'aide précieuse apportée dans la recherche de médecins à contacter.

Merci à Mme Jacqueline Monvert pour sa disponibilité et ses recommandations.

Enfin, merci à Dresse Christina Lyko pour les nombreux articles fournis.