



Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ?

**Joëlle BERREWAERTS
Florence NOIRHOMME-RENARD**

*Jun 2006
Réf. : 06-40*

Série de dossiers techniques



**Service Communautaire de Promotion de la Santé
avec le soutien de la Communauté française de Belgique**

Table des matières

Introduction.....	2
I. Epidémiologie.....	3
1) Comparaison internationale des taux de grossesses, de naissances et d'avortements chez les adolescentes	3
2) Les naissances chez les adolescentes en Belgique	5
3) Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez les adolescentes en Belgique	6
4) La sexualité des adolescents	6
5) La contraception chez les adolescents	7
II. Facteurs liés à la survenue d'une grossesse chez l'adolescente.....	8
1) Facteurs liés à l'environnement socio-économique, socio-démographique, et culturel des adolescentes	10
2) Facteurs psychologiques et psycho-sociaux liés aux adolescentes	11
3) Facteurs cognitifs (connaissances, représentations, croyances) liés aux adolescentes	14
4) Facteurs liés à l'entourage des adolescentes (famille, parents, partenaire, amis, pairs)	18
5) Facteurs environnementaux et politiques généraux.....	21
III. Facteurs liés au choix de continuer la grossesse ou non.....	23
1) Facteurs liés à l'environnement socio-économique, socio-démographique, et culturel des adolescentes	23
2) Facteurs psychologiques et psycho-sociaux liés aux adolescentes	23
3) Facteurs cognitifs (connaissances, représentations, croyances) liés aux adolescentes	23
4) Facteurs liés à l'entourage des adolescentes (famille, parents, partenaire, amis, pairs)	24
5) Facteurs environnementaux et politiques généraux.....	24
IV. Impact de la survenue de la grossesse sur la vie de l'adolescente	25
1) Dans le cas où l'adolescente choisit de recourir à l'avortement.....	25
2) Dans le cas où l'adolescente choisit de garder l'enfant et de devenir mère	25
V. Les programmes et outils de prévention.....	28
1) Les types de programme de prévention qui existent en Belgique (et dans d'autres pays)	28
2) L'efficacité des programmes de prévention.....	31
3) Recommandations pour les futurs programmes de prévention.....	31
VI. Conclusions	35
Références bibliographiques.....	36

**Les grossesses à l'adolescence :
quels sont les facteurs explicatifs identifiés
dans la littérature ?**

Cette revue de la littérature est préalable au démarrage d'une étude commanditée par le Cabinet de la Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé de la Communauté française de Belgique, Catherine Fonck, et le Cabinet de la Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances de la Région wallonne, Christiane Vienne, qui a pour but d'explorer les réalités vécues par les adolescentes enceintes et de dégager des pistes d'action concrètes sur le territoire de la Communauté française en matière de prévention.

L'objectif principal de ce dossier est d'identifier l'ensemble des facteurs psychologiques et psychosociaux, cognitifs, culturels et comportementaux liés à la survenue des grossesses chez les adolescentes d'une part, et à l'issue de ces grossesses d'autre part (grossesse menée à terme ou volontairement interrompue).

La revue de la littérature a été réalisée dans les quatre bases de données suivantes :

- DOCTES (base de données partagée dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé)
- MEDLINE (base de données bibliographiques produite par le National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux)
- PsychInfo
- Current Contents

Différents sites Internet ont également été consultés.

La date du document, son accessibilité et sa pertinence par rapport aux questions de recherche, ainsi que le lieu de l'étude (pays industrialisé) ont conditionné le choix des articles retenus.

20 articles scientifiques et 13 rapports ont été sélectionnés. Les mots clefs retenus ont été : « teenager », « adolescent », « pregnancy », « contraception », « abortion », « motherhood ».

Aucun article publié dans la littérature scientifique ne concernait la Belgique. Par contre, c'était le cas de 8 des 13 rapports.

¹ L'analyse des publications a été réalisée par J. Berrewaerts, F. Noirhomme-Renard, D. Doumont, D. Houeto, F. Libion, et J. Pélicand.

Introduction

Si la grossesse chez une adolescente n'est pas un phénomène inédit en soi, les récentes évolutions sociales et culturelles ont contribué à la rendre statistiquement marginale et à la faire émerger comme un problème social nouveau (Faucher). Bien que le phénomène soit peu développé en Belgique par rapport à d'autres pays industrialisés, il mobilise cependant beaucoup les pouvoirs publics et les professionnels. La survenue d'une grossesse à l'adolescence est présentée comme un fait préoccupant, notamment parce qu'environ la moitié de ces grossesses se terminent par une interruption volontaire de grossesse (IVG).

Malgré l'évolution des mentalités, la disponibilité des moyens contraceptifs et la diffusion de l'information concernant la contraception, la sexualité des jeunes pose encore de nombreuses questions au monde adulte.

Patrick Alvin (2006), pédiatre français spécialiste de la santé des adolescents :

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

Toute une série de facteurs peuvent entrer en jeu dans la survenue d'une grossesse à l'adolescence. Cependant il y a une cause de la grossesse non planifiée qui s'applique à toutes les adolescentes : l'absence ou l'utilisation inadéquate de moyens contraceptifs. A la relation sexuelle non protégée viennent s'ajouter une série de causes qui s'imbriquent les unes dans les autres. Des facteurs à la fois psychologiques, cognitifs, sociaux, culturels, économiques vont venir déterminer les comportements contraceptifs des adolescentes. De même, une série de facteurs vont venir influencer le choix de l'adolescente de garder ou non son enfant.

C'est à la compréhension de ces différents facteurs que s'attache ce dossier.

I. Epidémiologie

Note : Pour un aperçu détaillé des statistiques en Communauté française de Belgique, nous renvoyons le lecteur au rapport qui vient de paraître en février 2006 : « Adolescentes : sexualité et santé de la reproduction. Etat des lieux en Wallonie et à Bruxelles » (Beghin et al., 2006).

1) Comparaison internationale des taux de grossesses, de naissances et d'avortements chez les adolescentes

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

Si on considère les adolescentes entre 15 et 17 ans :

Parmi les pays développés, c'est aux Etats-Unis qu'on trouve le taux le plus élevé de grossesses chez les adolescentes entre 15 et 17 ans, taux beaucoup plus élevé que la plupart des pays européens. En Europe, c'est le Royaume-Uni qui a le taux le plus élevé. Par contre, la proportion d'adolescentes qui ont recours à une interruption volontaire de grossesse est plus importante dans plusieurs pays européens (surtout scandinaves) qu'aux Etats-Unis, où les jeunes filles ont davantage tendance à garder leur enfant.

Tableau 1. Taux de grossesse, de natalité et d'avortement chez les adolescentes dans différents pays développés (pour 1000 adolescentes entre 15 et 17 ans) (Darroch, 2001) (chiffres 1995-1996) :

Pays	Grossesses	Naissances	Avortements	Ratio d'avortements
USA	52.8	33.8	19	36
Grande Bretagne	28.6	14.8	13.8	48.3
Canada	27.4	13.6	13.8	50.4
Suède	16.4	2.7	13.7	83.5
France	10.3	3.5	6.8	66

En Belgique, le taux d'avortement serait approximativement de 2,1 pour mille adolescentes (10-17 ans) (chiffres de 2002, Beghin et al., 2006). Le taux de naissance serait également de 1 à 2 pour mille (Beghin et al., 2006).

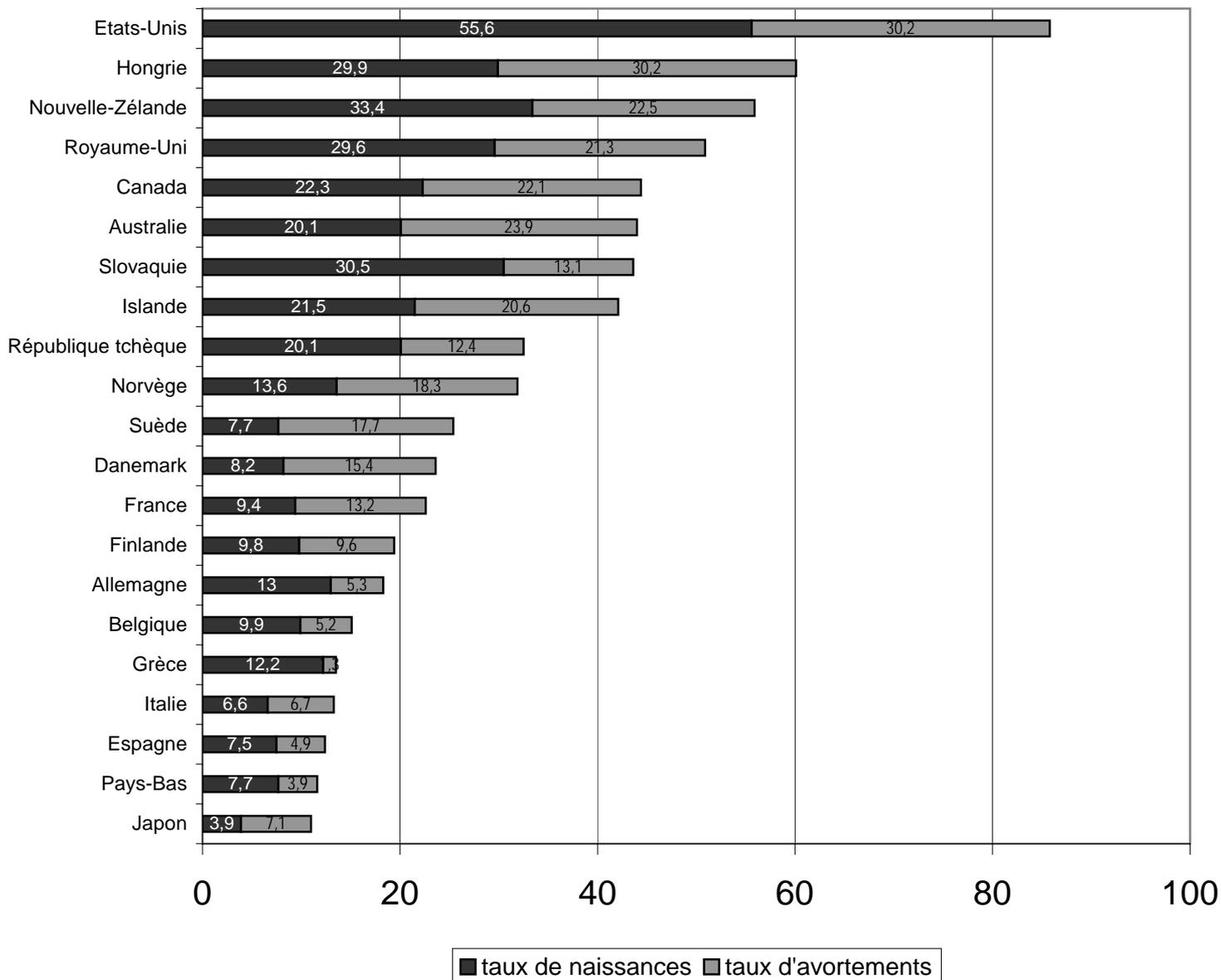
Si on considère les adolescentes entre 15 et 19 ans :

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

D'après les chiffres de 1996, parmi les adolescentes de 15 à 19 ans :

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

Graphique 1. Taux de natalité et d'avortement chez les adolescentes dans différents pays développés (pour 1000 adolescentes entre 15 et 19 ans) (UNICEF, 2001) (chiffres 1996) :



2) Les naissances chez les adolescentes en Belgique

Les naissances ou les accouchements chez les adolescentes (15-17ans) concernent chaque année 1 à 2 pour mille de cette population (Beghin et al., 2006) :

- En Belgique, d'après les chiffres de 2002, 447 adolescentes assurées ont accouché (**0,9 pour 1000**). Ce taux monte à 1,5 pour 1000 en Région wallonne.
- Parallèlement, l'ONE a relevé, en 2002, 442 avis de naissance parmi les femmes de moins de 18 ans.

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

Caractéristiques des mères adolescentes selon la banque de données médico-sociales de l'ONE (2003), en Communauté française :

Le phénomène de grossesse à l'adolescence est associé (Beghin et al., 2006) :

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

Bruxelles occupe une position particulière dans cette problématique des mères adolescentes. La proportion de mères d'origine immigrée y est beaucoup plus importante, la proportion de jeunes mères âgées de 18 et 19 ans y est aussi beaucoup plus élevée. Ceci doit être mis en relation avec la présence de jeunes couples avec enfants, d'origine immigrée plus nombreux que dans les autres subrégions, le phénomène y est davantage culturel. D'ailleurs, à Bruxelles la proportion de naissances légitimes parmi les mères de moins de 20 ans est plus élevée que dans le reste de la Communauté française.

Si l'on considère la situation familiale des jeunes mères de moins de 18 ans en Communauté française, on constate que 58,5% vivent en couple, 33,9% vivent chez leurs parents et 3,9% en maison maternelle.

Les mères adolescentes fréquentent plus que les autres les services de consultations prénatales de l'ONE (40% vs. 25%). Par ailleurs, la proportion de femmes non suivies est plus importante dans cette tranche d'âge : 2,8% chez les moins de 18 ans, 1,2% chez les 18-19 ans et 0,3% en population générale. Les suivis tardifs (au-delà de 15 semaines), considérés comme un facteur de risque important, sont plus fréquents chez les futures jeunes mères, qui prennent peut-être plus tardivement conscience de leur grossesse.

D'après les données des « avis de naissance », on observe chez les bébés des jeunes mères : un excès de prématurité (mais la prématurité est plus élevée chez les primipares), des scores d'Apgar en moyenne inférieurs à ceux rencontrés chez les mères plus âgées, un allaitement maternel moins fréquent. D'autre part, les mères jeunes fument davantage que les mères plus âgées.

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

Il n'y a pas en Belgique d'augmentation démontrée du nombre de grossesses ou d'IVG, mais seulement du nombre d'enregistrement d'IVG parmi les mineures (Beghin et al., 2006).

Les rapports de la Commission d'évaluation de la loi relative à l'IVG mettent en évidence un accroissement du nombre de déclarations d'IVG au cours du temps : les enregistrements sont passés de 551 mineures en 1993 (5,3% du nombre total d'IVG), à 975 en 2003 (6,7% du nombre total d'IVG).

Les derniers chiffres publiés en Belgique sont les suivants (Beghin et al., 2006) :

- En 1997, une grossesse d'adolescente sur deux se terminait par une interruption volontaire. Chez les plus âgées le recours à l'IVG ne se présenterait qu'une fois sur 12.
- En 2002, 1044 adolescentes âgées de 10-17 ans ont bénéficié de prestations dans un centre extrahospitalier à la suite d'une convention pour interruption de grossesse, ou de prestations dans un hôpital pour curetage utérin ou pour fausse couche, ce qui représente **2,1 pour mille** de cette tranche d'âge.
- En 2003, 975 IVG d'adolescentes de moins de 18 ans ont été enregistrées.
- En ce qui concerne les très jeunes filles, 65 adolescentes de 10 à 14 ans ont eu recours à une interruption de grossesse en 2003.

Le recours à l'interruption de grossesse est un peu plus fréquent en Région de Bruxelles-Capitale qu'en Région wallonne ou qu'en Région flamande. Il est surtout bien plus marqué parmi les jeunes femmes de milieu socio-économique faible.

4) La sexualité des adolescents

Selon l'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children, Piette et al., 2003), pour l'ensemble des élèves de 15 à 18 ans en 2002, **44%** des jeunes ont déjà eu une relation sexuelle complète. L'âge moyen lors du premier rapport sexuel se situe vers **17 ans** (Beghin et al., 2006). Ces résultats sont restés relativement stables entre 1990 et 2002. Par contre, le pourcentage de jeunes ayant eu une relation sexuelle précoce (avant 14 ans) a augmenté de 5 à 12% entre ces deux enquêtes.

La sexualité des adolescents présente certaines particularités par rapport à celle des adultes : relations sexuelles non planifiées, plusieurs partenaires sexuels au cours d'une année.

En Belgique, parmi l'ensemble des élèves de 15 à 18 ans interrogés en 2002, 16% ont eu plus d'un partenaire sexuel (Piette et al., 2003).

Cette constatation est faite également dans d'autres pays, notamment au Canada.

Poulin et Graham (2001, cités dans Woo, 2004) ont mené une étude au Canada sur 9997 élèves âgés de 14 à 17 ans qui montre qu'environ 38% des garçons et 40% des filles avaient eu des relations sexuelles durant les 12 mois précédents l'étude. Parmi ceux-ci, 68% des garçons et 62% des filles rapportent avoir eu des relations sexuelles non planifiées ; 41% des garçons et 32% des filles rapportent avoir eu plus d'un partenaire sexuel.

Selon d'autres statistiques québécoises (Roy et Charest, 2002), les jeunes sont proportionnellement plus nombreux à avoir plus d'un partenaire sexuel au cours d'une période de 12 mois. C'est le cas de près du tiers des jeunes de 15 à 19 ans (32,7%), comparativement à 6% ou moins des personnes de 40 ans et plus.

L'ensemble de ces comportements : avoir eu une relation sexuelle et/ou précoce et avoir déjà eu plus d'un partenaire sexuel dans le temps, est généralement observé plus

fréquemment chez les jeunes les plus âgés, parmi les garçons et parmi les élèves de l'enseignement professionnel et technique.

5) La contraception chez les adolescents

L'utilisation de moyens de contraception efficaces permet aux jeunes d'éviter une grossesse souvent non désirée à cet âge.

Selon Blais (2005), la plupart des auteurs s'accordent sur le fait qu'un des facteurs expliquant la grossesse à l'adolescence est la résistance à la contraception. La résistance se reflète sur le comportement contraceptif de deux façons :

- soit qu'aucune méthode contraceptive n'est utilisée
- soit que celle-ci est inadéquate

En Belgique, les adolescentes sexuellement actives ne recourent pas suffisamment à une contraception efficace (Beghin et al., 2006). Même si un grand pourcentage de ces adolescentes déclare recourir à des moyens de contraception (principalement la pilule), il reste un certain pourcentage qui n'utilise aucun moyen. De plus, très peu d'informations sont disponibles quant à la régularité et la qualité de cette utilisation. D'autre part, on constate un défaut de contraception chez la majorité des adolescentes ayant recours à une IVG.

Dans l'enquête portant sur les méthodes contraceptives chez les jeunes de 13-21 ans (n=620) (âge moyen = 15.74 ± 1.7) réalisée par la Fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes (Herbigniaux & Thai, 2005), près de ¼ des filles (**73,4%**) ayant déjà eu des relations sexuelles prennent la pilule contraceptive. Parmi l'ensemble des jeunes (filles et garçons) ayant déjà eu des relations sexuelles, 23,3% ont utilisé uniquement la pilule contraceptive, 36,4% le préservatif et 13,1% à la fois la pilule et le préservatif. 26,7% n'ont pas répondu, ce qui laisse supposer qu'une partie des répondants a eu des relations sans protection.

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

Selon l'enquête HBSC (Piette et al., 2003), pour l'ensemble des élèves de 15 à 18 ans en 2002, le nombre d'élèves sexuellement actifs ayant déjà vu et manipulé un préservatif ou utilisant toujours un préservatif lors de leurs relations sexuelles est en augmentation : respectivement de 90 à **96%** entre 1990 et 2002 et de 39 à **57%** entre 1994 et 2002.

Le pourcentage de filles sexuellement actives (44% en 2002) déclarant s'être protégé des grossesses non désirées par la pilule a diminué de 92 à **88%** entre 1998 et 2002. Ce sont les filles les plus âgées et celles de l'enseignement technique qui sont les plus nombreuses à avoir mentionné utiliser la pilule.

Concernant les adolescentes en demande d'interruption de grossesse, **70%** déclarent soit ne pas avoir utilisé de méthode contraceptive (45,4%), soit avoir utilisé une méthode peu efficace (préservatif : 23%), soit avoir mal utilisé une méthode efficace (pilule contraceptive : 23,5%) dans le mois précédant cette demande (Beghin et al., 2004).

Des recherches dans les pays scandinaves arrivent aux mêmes observations concernant les femmes adultes : une proportion importante de grossesses non désirées est attribuable à la non utilisation de moyens de contraception (Kierstein et al. 1996 ; Savonius et al, 1995 ; cités

dans Sundby, 1999). 9% des femmes norvégiennes sexuellement actives n'utilisent aucun moyen de contraception. Et 57% des femmes ayant subi une IVG n'ont pas utilisé de moyen de contraception lors de la conception (Skjeldestad, 1995, cité dans Sundby, 1999).

Sundby et al. (1999) observent également qu'un grand nombre d'adolescentes utilisent de manière irrégulière les moyens de contraception. Parmi les 16 adolescentes enceintes (et ayant recouru à une IVG), 12 ont une utilisation en général variable ou très irrégulière de contraceptifs.

Dans la revue de littérature de Meade et Ickovics (2005), il apparaît que 31 à 66% des adolescentes enceintes ou mères n'ont jamais utilisé aucune contraception avant leur grossesse actuelle, et 73 à 89% n'ont pas utilisé de contraception lors de cette conception-ci.

Selon Blais (2005), l'utilisation inadéquate renvoie généralement à trois problèmes liés à l'utilisation d'une méthode contraceptive :

- le délai entre le début des relations sexuelles et l'utilisation d'une méthode contraceptive
- l'utilisation irrégulière d'une méthode contraceptive
- l'arrêt prématuré d'une méthode contraceptive. Ainsi, dans le cas de la pilule contraceptive, la prise irrégulière ou inadéquate de la pilule (doses oubliées, séquences erronée ou synchronisation déficiente de la prise d'une nouvelle plaquette) déroge à la prescription et, par conséquent, constitue un arrêt prématuré.

Il reste ensuite à comprendre quels sont les facteurs qui influencent cette résistance à la contraception.

II. Facteurs liés à la survenue d'une grossesse chez l'adolescente

Selon Le Van (1998), « il apparaît clairement que le vocable *grossesse adolescente* ne saurait désigner une réalité univoque, et donc participe plutôt à occulter une pluralité de situations ».

La survenue d'une grossesse à l'adolescence va être influencée par une multitude de facteurs de natures différentes.

L'influence que peuvent avoir ces facteurs est schématisée ci-dessous selon le *Modèle explicatif des comportements de santé* (Deccache, 1994) qui permet de mieux comprendre l'ensemble des facteurs en jeu dans les comportements de santé ainsi que leurs relations causales.

Chaque type de facteur est analysé ci-après.

Un tableau synthétisant les principaux éléments (lieu de l'étude, sujets, méthode, objectifs, principaux résultats) des différentes recherches citées ci-dessous se trouve en annexe 1.

Facteurs liés aux adolescentes

- âge (être plus âgée)

Facteurs psychologiques et psycho-sociaux

- besoin de vérifier l'intégrité corporelle
- recherche d'un objet de comblement des carences de l'enfance
- expériences hostiles durant l'enfance (violences physiques, carences, négligence éducative), abus sexuel
- conduite de prise de risque propre à l'adolescence
- risque perçu de tomber enceinte
- bien-être psychologique (dépression ?), stress (plus élevé) ?
- moindre acceptation de la sexualité (culpabilité)
- manque d'affirmation de soi (peur du rejet, manque d'assurance, manque d'estime de soi et de confiance en soi)
- inexpérience (gêne, appréhension, difficulté d'en parler)
- incapacité à prévoir les rapports sexuels
- absence de motivation (pas de rigueur pour la pilule, pas envie, ennuyant)
- recherche d'un statut social, valorisation
- lieu de contrôle externe (fatalisme)
- peur d'oublier la pilule
- insouciance, immaturité, refus des responsabilités
- peur des maladies, peur d'une grossesse, envie de sécurité, envie de vivre pleinement sa jeunesse
- désir de grossesse, désir d'enfant, désir flou (grossesse non planifiée mais perçue comme probable)

Facteurs cognitifs (connaissances, représentations, croyances)

- perception du préservatif (désagréable, non romantique, embêtant)
- barrières perçues à l'utilisation des préservatifs ou de la pilule
- perception du rôle de la femme dans la société, dans le couple
- représentations liées à la maternité précoce (vision positive ou négative)
- manque de connaissances et d'informations (sur l'existence, le fonctionnement, l'utilisation, où s'en procurer, pilule du lendemain)
- importance perçue de la contraception
- perception du risque lié à la non-utilisation
- fausses croyances (peur de grossir, peur des hormones)
- pensée magique, pensée écologique
- représentation de la sexualité (l'amour romantique)
- valeurs sexuelles

Facteurs liés à l'entourage (aux parents, aux amis, aux pairs, à la famille)

- présence et disponibilité d'un interlocuteur privilégié pour parler sexualité (se confier, demander conseil)
- partenaire : plus âgé, attachement émotionnel, confiance, communication, stabilité relation, implication dans contraception
- la structure familiale, habiter ou pas avec ses parents
- fréquentation de pairs à risque élevé, proximité avec les pairs (réseau d'amis), soutien social des amis
- liens parents-enfants (soutien, proximité, chaleur), soutien familial perçu << dysfonctionnement familial, stress familial
- régulation parentale, contrôle du comportement (contrôle, supervision)
- sur-contrôle psychologique parental (intrusivité)
- communication parent-enfant ? (peur vis-à-vis des parents, interdiction parentale, pas de communication directe et honnête)
- attitudes et valeurs parentales (parents désapprouvent la sexualité des ados ou les relations non protégées)

Facteurs liés à l'environnement socio-économique, socio-démographique, et culturel

- pauvreté, précarité, faibles revenus, statut socio-économique défavorisé
- culture d'origine (ex : mariage précoce = trait culturel), origine ethnique (Afrique subsaharienne, latino-américaine, ...)
- région, communauté ou quartier pauvre, contexte voisinage
- mauvaise intégration sociale
- échec scolaire : faible niveau d'étude, scolarité peu valorisante
- faibles perspectives d'avenir, manque d'opportunités
- valorisation sociale de la maternité (même à l'adolescence), acquisition et reconnaissance d'un statut social
- la religion ou religiosité

Facteurs environnementaux et politiques généraux

- accessibilité et disponibilité des moyens de contraception
- prix des moyens de contraception
- distribution de produits gratuits
- éducation sexuelle à l'école (fréquence, pertinence)
- valeurs véhiculées par les médias
- changement des valeurs associées au couple et à la famille (banalisation des grossesses hors mariage)
- campagnes de sensibilisation
- accessibilité des centres de planning familial, accès à des conseils sur la contraception
- acceptation sociale de la sexualité des jeunes

Comportement de santé : rapports sexuels

- âge du premier rapport sexuel (début précoce)
- être sexuellement actif
- nombre de partenaires sexuels (l'année précédente)
- rapport sexuel sous influence d'alcool ou de drogue
- fréquence des relations sexuelles

Comportement de santé : utilisation de contraception

- utilisation d'un moyen de contraception efficace (pilule, préservatif, autres méthodes)
- mauvaise utilisation de la pilule ou du préservatif (ou autre)
- utilisation non systématique (non régulière) d'un moyen de contraception
- oubli de pilule, échec de préservatif, conduites addictives
- ne pas avoir de préservatifs sur soi

Etat de santé :

Grossesse (non désirée ou non prévue)

IVG (données belges)

- 2,4°/00 des filles de 10/17 ans
- 6,7% des femmes faisant un IVG ont <18 ans
- 1 grossesse d'ado sur 2 (en 1997)

Mère adolescente (données belges)

- 1,9°/00 des filles de 10-17 ans
- 1% des naissances
- absence de suivi durant grossesse, 1^{ère} consultation gynéco tardive, plus d'enfants prématurés ou avec petit poids de naissance, plus de toxémie gravidique, allaitement maternel moins fréquent

Impact psychosocial

- décrochage scolaire, chômage, pauvreté, violence, dépression
- isolement social, désinsertion sociale
- stress, dépression ?
- relation mère-enfant, mauvais traitements, négligence
- impact sur l'enfant : moins bon développement cognitif, moindre niveau d'étude, plus d'activités criminelles, de problèmes comportementaux, plus de fugues
- conséquences positives et bénéfiques (diminution alcool, drogue)

1) Facteurs liés à l'environnement socio-économique, socio-démographique, et culturel des adolescentes

Beaucoup d'articles dans la littérature scientifique se sont intéressés aux **facteurs socioéconomiques et sociodémographiques** qui caractérisent les adolescentes enceintes (Haldre et al., 2005, Peirera et al., 2005, Roy et Charest, 2002, Vikat et al., 2002).

Il ressort de manière générale que la survenue d'une grossesse à l'adolescence est observée plus fréquemment dans les milieux socio-économiques défavorisés, dans les quartiers plus pauvres, dans lesquels les jeunes filles ont de faibles attentes concernant leurs perspectives d'avenir sur le plan scolaire et professionnel (Arai 2003 ; Deschamps 1997 ; Le Van, 1995 ; Singh et al, 2001 cité dans Arai, 2003, Roy et Charest, 2002 ; Corcoran et al, 2000 ; Faucher et al., 2002).

Dans son étude qualitative, Arai (2003) observe que cette explication en terme de faibles attentes quant à leur avenir scolaire et professionnel est relevée, directement ou indirectement, par les 12 jeunes mères et les 9 coordinateurs de centres locaux interviewés.

Jewell et al. (2000) observent l'impact du statut socio-économique sur les comportements de contraception. Ils observent entre autres que les jeunes femmes issues de milieux plus défavorisés étaient moins enclines à utiliser une contraception d'urgence.

Selon Pereira et al. (2005) la survenue d'une grossesse à l'adolescence est associée significativement à un plus grand nombre d'échecs scolaires. Parmi le groupe d'adolescentes enceintes, seulement 12.3 % suivaient encore les cours, 52,6 % avaient déjà « décroché » avant d'être enceinte.

En Belgique, la grossesse des adolescentes est la plupart du temps liée à une situation de précarité sociale. Parallèlement, le recours à des soins pour interruption de grossesse est plus marqué parmi les jeunes femmes à faible revenu économique (Beghin et al., 2006).

Les **variations géographiques** observées au sein d'un même pays dans les taux de grossesses précoces rejoignent directement ces facteurs socio-économiques.

En Angleterre, les jeunes femmes des quartiers pauvres sont plus enclines à tomber enceintes que celles des quartiers plus riches, (Griffiths and Kirby, 2000 ; Smith, 1993 dans Arai, 2003).

En Belgique, les naissances chez les adolescentes sont également associées à des indicateurs de précarité sociale. Le phénomène de grossesse d'adolescentes est une réalité plus marquée en Région wallonne (et plus dans le Hainaut que dans les autres provinces) qu'en Région de Bruxelles-Capitale, et surtout qu'en Région flamande (Beghin et al., 2006).

Plusieurs auteurs (Stevens-Simon et Lowy 1995 cités par Faucher et al, 2002 ; Uzan, 1998 ; Le Van, 1995 ; Arai 2003) considèrent la survenue d'une grossesse dans ces conditions socio-économiques défavorables comme une **stratégie d'adaptation** : projet d'échapper à une scolarité peu valorisante, à un milieu familial ou institutionnel perturbé ; projet d'avoir une fonction sociale, de réussir, de se valoriser, de bénéficier d'un soutien familial et social accru et de prestations d'aide sociale ; seul projet viable, finalement pour échapper au chômage, à l'échec, à la pauvreté. Pour les adolescentes des classes ouvrières, la maternité précoce représente alors une option de vie rationnelle et constructive, véritable vocation alternative (Arai, 2003).

Des études épidémiologiques et sociologiques ont confirmé cette vision en montrant une corrélation entre la mauvaise intégration sociale et la parentalité précoce (Le Van, 1995 ; Singh et al., 2001 cité dans Arai, 2003).

Toutefois, cette explication est surtout valable pour les adolescentes qui décident de garder leur enfant.

Une autre hypothèse émise par Corcoran et al (2000) est le **manque d'accès aux soins** : le manque de ressources pour accéder à des services de santé et à des moyens de contraception rend les jeunes de milieu socio-économiques bas plus vulnérables au risque de grossesse.

La survenue d'une grossesse à l'adolescence est également influencée par des **facteurs culturels** (Corcoran et al 2000, Faucher et al.2002, Loignon, 1996).

Dans l'étude de Corcoran et al (2000) portant sur 105 adolescents (22 % de garçons et 78 % de filles de 11 à 22 ans) suivant un programme de prévention des grossesses aux Etats-Unis, l'appartenance ethnique (en l'occurrence l'origine hispanique) est un facteur prédictif d'une grossesse à l'adolescence.

Faucher et al. (2002) observent plusieurs différences dans le vécu de la grossesse et de la maternité en fonction de l'origine ethnique des mères adolescentes. Ils ont analysé rétrospectivement 62 dossiers d'accouchements de jeunes filles de 13 à 17 ans. La majorité des patientes sont âgées de 16 et 17 ans (92%) et 46,8% sont originaires d'Afrique subsaharienne. Par rapport aux autres filles, les adolescentes originaires d'Afrique subsaharienne vivent plus souvent en couple avec un partenaire le plus souvent âgé de plus de 25 ans. A la sortie de la maternité, les adolescentes africaines vont fréquemment vivre au domicile du père de l'enfant et la mise en place d'un suivi spécialisé s'avère moins souvent nécessaire.

Les auteurs émettent l'hypothèse qu'une grande majorité de jeunes africaines de moins de 18 ans sont en fait psychologiquement déjà des femmes adultes culturellement et socialement. La grossesse menée à terme est alors le résultat du projet d'une jeune fille ou d'un jeune couple. La grossesse est activement désirée sous l'influence de facteurs culturels. En effet, dans de nombreuses sociétés dont sont issues les jeunes filles de l'émigration en France (et en Belgique), la grossesse à l'adolescence est plutôt valorisée et, à la différence de notre société, il y a un lien étroit entre fécondité, sexualité et alliance sociale.

Uzan (1998) observe également l'existence d'un désir d'enfant chez des jeunes femmes étrangères chez qui le mariage précoce est culturel. Ce désir naît en général au sein d'un très jeune couple, éventuellement marié. La grossesse est intégrée dans un schéma précis, il s'agit d'un projet de grossesse conçu autour d'un désir d'enfant identique à celui que l'on va retrouver plus tard chez les couples plus âgés.

2) Facteurs psychologiques et psycho-sociaux liés aux adolescentes

Marcelli (2000, cité dans Faucher et al, 2002) propose trois niveaux d'interprétation de l'influence des facteurs psychologiques dans la survenue d'une grossesse à l'adolescence :

- Le premier voit dans la grossesse le **besoin de vérifier** l'intégrité corporelle et des organes de la reproduction.
- Le second niveau indique que la grossesse (et plus encore le désir d'enfant) est une recherche d'un « objet » de **comblement des carences** de l'enfance.
- Le troisième niveau considère la grossesse comme faisant partie des **prises de risque** de l'adolescence dont l'objectif est de mettre le corps en danger, au même titre que les tentatives de suicide, les troubles du comportement alimentaire ou les maladies sexuellement transmissibles (MST).

Le second niveau d'interprétation se retrouve dans plusieurs études. En effet, les violences physiques, les carences affectives et les négligences éducatives pendant la petite enfance apparaissent fortement corrélées avec la parentalité précoce (Hillis et al., 2004 ; Herrenkohl et al, 1998 ; Rainey et al, 1995, cités par Faucher et al., 2002).

Dans leur étude rétrospective de 9159 femmes majeures, Hillis et al. (2004) observent une relation forte et graduelle entre les **expériences hostiles durant l'enfance** (abus émotionnel, physique ou sexuel, exposition à la violence domestique, ou à un membre de la famille consommateur de drogue, malade mental ou criminel, ou avoir eu des parents séparés ou divorcés) et une grossesse à l'adolescence.

On retrouve cette même idée dans le rapport d'Uzan (1998). Selon cet auteur, dans certains cas, la grossesse peut constituer une stratégie réactionnelle. Il s'agit souvent d'adolescentes

en manque d'affection et qui ont un projet d'enfant dans le but de fonder la famille qu'elles n'ont jamais eue, d'avoir un parent proche qui les aimera.

Désir de grossesse et désir d'enfant

Le professeur Michèle Uzan (1998), chef du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Jean Verdier à Bondy Université Paris XIII, affirme que certaines grossesses sont voulues, pour des motivations très variées : désir de prouver sa féminité, désir d'exister, désir de maternité, désir de se reproduire, désir de prouver son indépendance, enfin parfois hélas désir de lancer un cri d'alarme, un signal de détresse.

Dadoorian (2005) identifie également parmi de nombreux récits d'adolescentes l'existence d'un désir d'avoir un enfant.

Un certain nombre d'études ont montré que la grossesse parmi les adolescentes est souvent intentionnelle (voir Davies et al, 2003, p55). Davies et al. (2003) ont examiné la prévalence du désir de grossesse et les facteurs corrélés à ce désir parmi un échantillon de 462 adolescentes afro-américaines de 14 à 18 ans socio-économiquement désavantagées. 23,6% des adolescentes ont exprimé un certain désir d'être enceinte. Un certain nombre de ces adolescentes avaient d'ailleurs déjà vécu une histoire de grossesse. Comparé aux adolescentes qui n'ont aucune envie d'être enceinte, celles qui expriment une certaine envie ont plus souvent un partenaire qui désire la grossesse, un partenaire qui est âgé d'au moins 5 ans de plus, une plus faible estime de soi, perçoivent davantage de barrières à utiliser un préservatif et perçoivent un plus faible soutien familial. Contrairement aux attentes des auteurs et aux résultats d'autres recherches, la dépression, le fait d'avoir déjà eu une histoire de grossesse, la cohabitation (le fait d'habiter ou pas avec ses parents ou sa mère), et la perception du rôle de la femme dans la société n'étaient pas corrélés avec le désir de grossesse.

Rosengard et al. (2004), qui ont évalué les intentions de grossesse parmi un échantillon de 354 adolescentes (14-19 ans) sexuellement actives, mettent en évidence des intentions réelles de grossesse chez ces adolescentes : 23,5% planifiaient de tomber enceinte dans les 6 prochains mois. Mais également des intentions floues chez certaines adolescentes : pour 66 % la grossesse est non planifiée mais évaluée comme *probable*. Ces intentions floues sont à prendre en considération car elles ont un impact sur le comportement contraceptif.

Ces adolescentes qui indiquent des intentions floues de grossesse ont plus de chances d'avoir un test de grossesse positif 6 mois après (près d'1/3 ont eu un test de grossesse positif) que celles qui avaient indiqué clairement n'avoir aucune intention d'être enceinte (grossesse non planifiée et non probable). 40% ont rapporté ne pas utiliser de moyen de contraception lors de chaque rapport sexuel. Et plus de 75% de celles ayant un test de grossesse positif déclarent vouloir avorter ou avoir déjà avorté.

Il se peut qu'existe chez ces adolescentes un désir de grossesse mais pas de réel désir d'enfant.

L'influence d'autres facteurs psychologiques ou psycho-sociaux tels que l'estime de soi, le stress ou encore le risque perçu de tomber enceinte a été étudiée.

Les études concernant l'influence de **l'estime de soi** sont plutôt contradictoires. Dans une étude sur le désespoir perçu parmi 149 adolescentes, Connelly (1998) observe que la grossesse à l'adolescence n'est pas liée à un manque d'espoir. Par contre, Freeman et Rickels (1993, cités par Woo et Twinn, 2003) montrent que les adolescentes qui n'ont jamais été enceintes ont des niveaux plus élevés d'estime de soi que les adolescentes qui ont déjà été enceintes ou ont déjà avorté.

Dans l'étude de Corcoran et al (2000), portant sur 105 adolescents de 11 à 22 ans (22 % de garçons et 78 % de filles) suivant un programme de prévention des grossesses aux USA, l'âge (être plus âgé), l'abus d'alcool (moindre consommation) et le **stress** (plus de stress) étaient associés au fait d'être enceinte ou d'être parent à l'adolescence. Toutefois, ces deux

dernières études ne permettent pas de dire si ces facteurs sont des facteurs préalables ou subséquents à la survenue de la grossesse chez ces adolescentes.

Kershaw et al. (2003) ont étudié le **risque perçu** par des adolescentes (14-19 ans) enceintes et non enceintes de tomber enceinte ou d'attraper une maladie sexuellement transmissible (MST) dans l'année qui suit. Parmi les 399 adolescentes, 15% perçoivent un risque de tomber enceinte et 30% perçoivent un risque à la fois de tomber enceinte et d'avoir une MST dans l'année qui suit. La perception de ce double risque est associée au comportement sexuel récent (avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours de l'année précédente, ne pas utiliser de contraceptifs hormonaux, utiliser irrégulièrement un préservatif) ainsi qu'au fait de ne pas être enceinte et d'être de race blanche. La perception d'un risque de tomber enceinte uniquement est associée à l'usage de contraceptifs hormonaux et au fait de ne pas être enceinte. Les adolescentes enceintes ont donc un risque perçu moindre de tomber enceinte l'année qui suit que les adolescentes non enceintes. Elles sont donc plus enclines à des comportements sexuels à risque dans le futur. En effet, d'après le Modèle des Croyances de Santé, les personnes qui se perçoivent comme susceptibles de subir des conséquences négatives de leurs actes sont plus enclines à réduire leurs comportements à risque que celles qui ne se perçoivent pas à risque.

Plusieurs auteurs (Herbigniaux & Thai, 2005, Loignon, 1996) se sont surtout penchés sur les facteurs psychologiques et psycho-sociaux qui pouvaient jouer un rôle dans l'utilisation des moyens de contraceptions

Loignon (1996) identifie différents facteurs de nature psychologique ou psycho-sociale susceptibles d'influencer les comportements contraceptifs chez les adolescentes et les adolescents. Ces facteurs rejoignent en partie les résultats de l'enquête menée par la Fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes (Herbigniaux & Thai, 2005) en Belgique.

- **Une moindre acceptation de la sexualité** : Plus il y a un haut niveau d'acceptation des relations sexuelles, c'est-à-dire moins les jeunes ressentent de culpabilité associée à leur activité sexuelle, mieux ils font usage des moyens contraceptifs.
- **Un manque d'affirmation de soi** : Souvent la peur du rejet de la part de son partenaire ou la gêne et le manque d'assurance amènent les adolescents à ne pas suggérer l'utilisation de moyens contraceptifs adéquats. Les jeunes adolescentes sont particulièrement vulnérables et elles préfèrent parfois prendre des risques plutôt que de s'affirmer devant, par exemple, les réticences du partenaire à utiliser un préservatif. De même, le manque d'estime personnelle et de confiance en soi peut empêcher le ou la jeune de dire « non » à une relation sexuelle.
- **Le goût du risque, l'insouciance et l'immatunité** : L'insouciance et l'attrance face au fait de risquer une grossesse peut amener les jeunes à ne pas utiliser de moyens contraceptifs

Dans l'enquête menée par Herbigniaux & Thai (2005), parmi les freins liés à la prise de la pilule, 25,2% des jeunes (filles et garçons) mentionnent l'insouciance et 38,5% le fait de n'être pas conscient des risques de grossesse. Parmi les freins liés à l'utilisation du préservatif, 57,2% mentionnent l'immatunité, 55,3% la non conscience des risques et 16,9% le refus de prendre ses responsabilités.

- **L'inexpérience** : La gêne du corps, l'appréhension de la relation sexuelle et la difficulté d'en parler peuvent nuire à l'utilisation de moyens contraceptifs.
- **L'incapacité de prévoir**: L'incapacité de prévoir ou d'anticiper les premières relations sexuelles peut augmenter le risque de grossesse.

Dans l'enquête menée par Herbigniaux & Thai (2005), un frein dans l'utilisation de la pilule relevé par 41,8% des filles est le fait de rapports sexuels non prévus. Parmi les freins liés à l'utilisation du préservatif, 57,3% des jeunes (filles et garçons) mentionnent le fait de ne pas avoir de préservatif sur soi.

Selon l'étude de l'INRA « les jeunes et la santé » 2003 (mutualités socialistes) portant sur 819 jeunes de 15-24 ans (416 garçons et 403 filles) en Wallonie et à Bruxelles, seuls 3 garçons sur 10 déclarent avoir un préservatif sur eux quand ils sortent.

- **L'absence de motivation** : Prendre une pilule tous les jours alors que les relations sexuelles peuvent être très sporadiques demande une grande discipline. Dans l'enquête menée par Herbigniaux & Thai (2005), parmi les freins liés à la prise de la pilule, 26,6% des jeunes (filles et garçons) mentionnent le fait de n'avoir pas envie d'utiliser la pilule, et 22,6% le fait que ce soit trop ennuyant de la prendre. Parmi les freins liés à l'utilisation du préservatif, 55,2% mentionnent le fait de n'avoir pas envie de l'utiliser.
- **La recherche d'un statut** : L'adolescente ayant des rapports sexuels, peut désirer devenir enceinte pour obtenir un statut social, une valorisation par la maternité, surtout si elle ne poursuit pas ses études et qu'elle ne travaille pas. Cette explication rejoint le rôle des facteurs socio-économiques décrit dans le point précédent.
- **Un lieu de contrôle externe (Le fatalisme)** : L'apathie devant les événements ou la croyance au destin qui amènent à se dire que « si ça arrive (la grossesse), c'est parce que ça devait arriver ».

D'autres freins sont encore mis en évidence par l'enquête menée par Herbigniaux & Thai (2005). Parmi les freins liés à la prise de la pilule, 42,7% des jeunes (filles et garçons) mentionnent la peur d'oublier de la prendre. Parmi les freins liés à l'utilisation du préservatif, 51,5% mentionnent l'oubli au moment du rapport et 41,9% le fait que le préservatif soit désagréable.

Parmi les principaux incitants à l'utilisation de la pilule et du préservatif, 88,6% des jeunes filles mentionnent la peur des maladies, 83,4% la peur de la grossesse et 59,8% l'envie de sécurité, et 44,4% des jeunes (filles et garçons) l'envie de vivre pleinement sa jeunesse.

3) Facteurs cognitifs (connaissances, représentations, croyances) liés aux adolescentes

En plus des connaissances souvent imparfaites des adolescentes, les grossesses et la mauvaise utilisation des moyens de contraception vont être influencés par une série de représentations et de fausses croyances.

Loignon (1996) met en évidence ces différents facteurs de nature cognitive, susceptibles d'influencer les comportements contraceptifs chez les adolescentes et les adolescents :

- **La pensée magique** : Le manque de pensée abstraite qui consiste à croire que cela (la grossesse) ne leur arrivera pas.
- **Le manque de connaissances et les fausses croyances** : Les mythes entretiennent l'ignorance par rapport au risque de grossesse. Un exemple: « La première fois, ça ne peut pas arriver » . L'existence du liquide pré-éjaculatoire est aussi souvent méconnue.
- **La pensée écologique** : Ne pas vouloir prendre la pilule parce que c'est « chimique » ou vouloir faire l'amour sans préservatif parce que c'est plus naturel
- **La représentation que les adolescentes ont de l'amour (l'amour romantique)** : L'idéalisation de l'amour ou la volonté de s'abandonner totalement peuvent faire reculer les jeunes devant le caractère technique des moyens contraceptifs.
- **La persistance du modèle féminin qui consiste à « faire plaisir »** : Les filles ont appris socialement à « faire plaisir » à l'autre ou aux autres. Refuser à son copain de lui « faire plaisir », soit en n'ayant pas de relations sexuelles tant qu'elle n'est pas prête ou en n'acceptant pas de relations non protégées, c'est difficile. Certaines jeunes filles ont peur de perdre leur copain si elles ne leur font pas plaisir.

Les **représentations** plutôt négatives ou plutôt positives liées aux grossesses précoces vont également venir influencer les comportements sexuels et contraceptifs des adolescents. Ces représentations sociales étant influencées par les valeurs véhiculées dans la société, ce facteur se confond avec le facteur culturel énoncé ci-dessus.

Loignon (1996) relève dans son rapport de recherche sur les grossesses précoces à Montréal, une tendance à la valorisation (ou banalisation) de la maternité précoce, non seulement dans certains milieux ethniques, comme chez certains haïtiens où il s'agit d'un trait culturel, mais également dans certains milieux sociaux défavorisés ou non. Il s'agit selon elle d'une des sources d'explication du phénomène.

A l'inverse, dans l'étude sur la santé des jeunes en Bretagne (Tron et al., 2000), la maternité précoce est vue plutôt négativement. En effet, 94% des jeunes considèrent qu'avoir un enfant à leur âge est une situation à éviter, les filles plus fortement que les garçons, les réponses variant peu avec l'âge des répondants.

Les représentations des jeunes à propos des moyens de contraception vont à leur tour influencer leur utilisation.

Sundby et al.(1999) mettent en évidence l'influence des croyances et des représentations dans l'utilisation des moyens de contraception. Par exemple, les préservatifs sont souvent associés aux maladies sexuellement transmissibles. Pour les jeunes couples qui lient le sexe à l'amour, le préservatif risque d'être un signe de méfiance et de réduire l'aspect romantique qui entoure la rencontre sexuelle. L'utilisation de contraceptifs oraux est également influencée par des représentations sociales. En Norvège en tout cas, il semble encore culturellement inacceptable pour une femme d'être prête en matière de contraception pour une relation sexuelle alors qu'elle n'a pas de partenaire. Les jeunes femmes commencent une contraception orale une fois qu'elles commencent une relation stable, mais pas avant. Et elles arrêtent leur contraception quand la relation se termine.

Dans l'enquête portant sur les méthodes contraceptives chez les jeunes de 13-21 ans (Herbigniaux & Thai, 2005), 96,6% des jeunes filles considèrent la contraception comme importante ou très importante.

L'étude de l'INRA « les jeunes et la santé » 2003 (mutualités socialistes) portant sur 819 jeunes de 15-24 ans (416 garçons et 403 filles) en Wallonie et à Bruxelles fait également ressortir des représentations qui pourraient avoir un impact sur les comportements contraceptifs des jeunes :

- 8% des jeunes estiment que l'avortement est un moyen de contraception comme un autre
- 55% des garçons pensent que la contraception « c'est l'affaire des filles » mais 50% estiment que le préservatif « c'est l'affaire des garçons »
- 10% des garçons pensent qu'une fille qui a des préservatifs est une « obsédée »

Un autre facteur pouvant expliquer les grossesses non désirées est le manque de **connaissances**. De manière générale, les jeunes connaissent l'existence des principales méthodes contraceptives (Sundby et al., 1999), mais manquent de connaissances sur leur **bonne utilisation**. La preuve en est le grand nombre d'adolescentes qui se retrouvent enceintes alors qu'elles prenaient la pilule (Arai, 2003, Uzan, 1998).

Une bonne connaissance des moyens de contraception ?

Au vu des cours d'éducation affective et sexuelle à l'école, des campagnes médiatiques récurrentes, ou encore de l'accès à l'information grâce à Internet, l'impression est plutôt aujourd'hui que les jeunes sont suffisamment bien informés sur les moyens de contraceptions. Toutefois, on peut se poser la question : les jeunes sont-ils si bien informés que ça ?

Dans l'enquête « la santé des jeunes en Bretagne » à laquelle 2000 jeunes ont répondu (Tron et al., 2000) seule la moitié des jeunes se déclare parfaitement informé sur les moyens contraceptifs, 42% se disent moyennement informés, 4% pas du tout informés et 3% déclarent « ne rien y comprendre ». Par rapport à l'utilisation du préservatif en particulier, 88% des jeunes se considèrent bien informés sur son utilisation, 93% savent où s'en procurer et 84% savent s'en servir en cas de besoin.

Sundby et al. (1999) observent que de manière générale, les jeunes (16-24 ans) sont au courant des moyens de contraception. Toutefois, leurs commentaires révèlent une grande méconnaissance des risques de grossesse ou de la période à laquelle les femmes sont le plus fertile. Leur connaissance de l'utilisation efficace ou des effets secondaires des contraceptifs oraux est souvent inadéquate, et basée principalement sur des informations anecdotiques ou sur des on-dit. Les connaissances concernant la contraception d'urgence ne sont pas répandues. Uzan observe également que la contraception d'urgence est très peu connue des femmes qui viennent consulter pour une demande d'IVG.

Jewell et al (2000) observent une moins bonne connaissance de la contraception dans le groupe des adolescentes des milieux défavorisés. Beaucoup utilisaient la pilule avant de tomber enceinte, mais souvent de manière inadéquate. Ils constatent d'ailleurs un manque de confiance dans la contraception de la part de ces jeunes femmes. Les jeunes filles mères ou enceintes sont souvent insatisfaites des cours d'éducation sexuelle reçus à l'école. Elles ne se sentent pas bien informées à propos des moyens de contraception. Elles relèvent également des difficultés à obtenir des conseils sur la contraception et à avoir accès aux services appropriés.

Dans l'enquête portant sur les méthodes contraceptives chez les jeunes de 13-21 ans (Herbigniaux & Thai, 2005), parmi les freins liés à la prise de la pilule, 31,5% des jeunes (filles et garçons) mentionnent le manque d'information sur le fonctionnement de la pilule et 21,8% le manque d'information sur la manière de se procurer la pilule.

Parmi les freins liés à l'utilisation du préservatif, 6% mentionnent un usage trop compliqué.

L'étude de Arai (2003) confirme qu'un certain nombre de grossesses ne sont pas liées à la connaissance des moyens de contraception mais à leur mauvaise utilisation. Arai (2003) observe dans son échantillon de 12 jeunes mères une mauvaise utilisation des moyens de contraception. 7 répondantes prenaient la pilule quand elles sont tombées enceintes, et deux un préservatif. Beaucoup ne pouvaient pas expliquer leur grossesse et croyaient que la pilule ne leur convenait pas d'un point de vue biologique.

En plus d'une connaissance imparfaite sur l'utilisation des moyens de contraception, une série de **fausses croyances** vont venir perturber leur bonne utilisation.

L'enquête de Herbigniaux & Thai (2005) montre que 54,8% des filles ont peur de grossir et 16,8% des jeunes (filles et garçons) ont peur des hormones.

L'étude Medistrat réalisée par les Laboratoires Schering auprès de 300 filles de 15-20 ans met en évidence une série de fausses croyances par rapport aux comportements sexuels et aux moyens de contraception :

- 12% des jeunes filles sont persuadées qu'elles ne risquent pas une grossesse lors du premier rapport sexuel
- environ 8% considèrent qu'une douche après un rapport sexuel est un moyen de contraception très fiable
- 70% des jeunes filles sont convaincues que l'usage de la pilule entraîne une prise de poids
- 8% des jeunes filles sont persuadées que la pilule protège du sida

- 23% ne savent pas combien de temps il faut après l'arrêt de la pilule pour être à nouveau féconde et 55% répondent à cette question de manière erronée

L'existence de fausses croyances est également mise en évidence par l'étude de l'INRA « les jeunes et la santé » (Mutualités Socialistes, 2003) portant sur 819 jeunes de 15-24 ans (416 garçons et 403 filles) en Wallonie et Bruxelles :

- 29% des jeunes pensent que le préservatif est aussi sûr que la pilule
- 3% des jeunes pensent que la pilule protège du sida

Blais (2005) mentionnent également plusieurs mythes partagés par les adolescents concernant la grossesse et la contraception :

- la fille ne peut pas tomber enceinte au cours de la première relation sexuelle
- il est impossible de tomber enceinte pendant les menstruations
- une femme ne peut tomber enceinte si elle prend une douche vaginale après la relation sexuelle
- la pilule contraceptive fait prendre du poids
- la pilule contraceptive cause le cancer
- la pilule contraceptive ne devrait être prise que pendant un certain temps

Il ressort que les connaissances sont relatives et entachées d'une série de fausses croyances dont il sera important de discuter avec les jeunes. Il sera également important d'aborder avec eux la façon d'utiliser correctement et régulièrement les moyens de contraception.

La mauvaise utilisation de la contraception orale est-elle spécifique aux adolescentes ?

Selon certains auteurs (Glei, 1999 ; Singh et al., 2001 cités dans Arai, 2003), les échecs de contraception sont plus élevés chez les adolescentes que chez les femmes plus âgées. Toutefois, plusieurs études mettent en évidence une mauvaise utilisation de la contraception également chez les femmes adultes.

Selon Uzan (1998), la contraception pré-IVG n'est pas tellement meilleure chez les femmes plus âgées (adultes) : seul 10 à 12% utilisaient une contraception sûre avant l'IVG, 68% une contraception aléatoire, et de 20 à 25% pas de contraception du tout.

Smith et al. (2005) observent une mauvaise utilisation de la contraception chez des femmes adultes. Leur étude porte sur 141 femmes adultes sous pilule. 68% des femmes avaient oublié au moins une fois leur pilule durant une période d'observation de 3 mois. Les conditions favorisant ces oublis sont l'éloignement du domicile (13%), l'oubli pur et simple (13%), l'absence de nouvelle plaquette disponible (10,5%), un retard (10%), un départ en voyage (9,5%), des préoccupations scolaires (4,3%) ou professionnelles (8%), ou des effets secondaires (3,7%).

Selon deux études belges (InSites 2004 ; INRA, 2003), même si les femmes se sentent bien informées, elles n'adoptent pas toujours les comportements contraceptifs adéquats. En particulier dans des situations inhabituelles comme, par exemple, lors de vomissements ou de diarrhées.

D'après une étude réalisée en mars 2004 par le bureau d'études InSites pour le compte de Janssen-Cilag sur un échantillon représentatif de 923 femmes belges âgées de 15 à 45 ans :

- Seul 25% des femmes n'ont jamais oublié leur pilule. 75% des femmes oublient donc parfois leur pilule : 8% plusieurs fois par mois, 13% environ une fois par mois, 19% plusieurs fois par an, 35% moins de quelques fois par an.

- 46% des femmes ayant déjà vécu une grossesse non désirée déclarent n'avoir pas utilisé de moyen de contraception lors de cette conception. Mais 52% des femmes utilisaient un moyen contraceptif : 34% la pilule, 7% un préservatif et 11% une autre méthode. Ces chiffres montrent que les moyens de contraception et particulièrement la pilule ne sont pas toujours bien utilisés.

Dans une autre étude menée par INRA à la demande de Janssen-Cilag en 2003 :

- Plus de la moitié des femmes interrogées issues de la région bruxelloise (52%) affirment craindre d'être enceintes suite à une utilisation incorrecte de leur moyen de contraception. 21% de l'ensemble des femmes interrogées avouent être confrontées de temps à autre à la même angoisse. Ce pourcentage n'est pas plus élevé chez les femmes de 15-24 ans (25%) que chez les femmes de 25-35 ans (27%).
- 11% des femmes de 25-34 ans ont utilisé au moins une fois la pilule du lendemain - à Bruxelles, c'est le cas pour 20% des femmes interrogées.
- 61% des femmes seraient intéressées par un moyen contraceptif auquel il ne faudrait pas penser tous les jours mais offrant la même sécurité que la pilule.

4) Facteurs liés à l'entourage des adolescentes (famille, parents, partenaire, amis, pairs)

Les recherches identifient principalement soit des facteurs liés aux parents, soit des facteurs liés au partenaire dans l'utilisation des moyens de contraception et la survenue d'une grossesse à l'adolescence.

Facteurs liés à la famille et plus particulièrement aux parents

L'étude de Miller et al. (2001) résume deux décennies de recherches (1980-2000) sur les influences familiales et surtout parentales sur le risque de grossesse à l'adolescence.

Ils relèvent principalement 3 facteurs liés aux parents qui diminuent le risque de grossesse à l'adolescence, soit en réduisant ou en retardant les relations sexuelles, soit en augmentant l'utilisation de moyens contraceptifs :

- le type de lien parents/enfant (soutien, proximité, et chaleur),
- la supervision ou la régulation parentale des activités des enfants,
- et les attitudes et les valeurs parentales contre les relations sexuelles des adolescents (ou contre les relations sexuelles non protégées) et les grossesses à l'adolescence.

Des études plus récentes viennent confirmer l'influence des facteurs familiaux.

Davies et al. (2003) observent une corrélation entre un certain désir de grossesse chez les adolescentes afro-américaines et le fait de percevoir un plus **faible soutien familial**.

Pereira et al. (2005) ont exploré les différents contextes relationnels qui favorisent la vulnérabilité ou la protection face aux grossesses précoces auprès d'un groupe d'adolescentes portugaises potentiellement à risque. Une analyse comparative entre deux groupes d'adolescentes (14-18 ans) de niveau socio-économique faible (57 adolescentes enceintes et 81 adolescentes sans expérience de grossesse) a été réalisée. Les résultats suggèrent qu'un plus faible niveau de **surprotection maternelle** et de **soutien émotionnel paternel**, ainsi que la présence d'antécédents maternels de grossesses précoces sont associés significativement avec le fait de développer une grossesse à l'adolescence.

Du fait de complexités méthodologiques, les résultats des recherches sur la **communication parent/enfant** au sujet de la sexualité et du risque de grossesses à l'adolescence sont très contradictoires (Miller et al., 2001).

L'étude de Corcoran et al (2000) suggère que l'incapacité d'une famille à s'engager dans une communication directe et honnête pourrait être un facteur de risque de grossesse et de

maternité précoce. Toutefois, il se pourrait aussi qu'une famille ait certains problèmes de communication suite à la naissance du bébé de l'adolescent, et non pas avant.

Loignon (1996) identifie deux facteurs familiaux liés à la communication et susceptibles d'influencer les comportements contraceptifs chez les adolescentes et les adolescents :

- **La présence et la disponibilité d'un interlocuteur privilégié avec lequel parler de sexualité** : Lorsque l'adolescente ou l'adolescent peut se confier ou demander conseil en matière de sexualité et de moyens contraceptifs à une personne-ressource avec laquelle il ou elle a établi une relation de confiance (parents, sœur, frère, intervenant, etc.), cela favorise une attitude plus ouverte à l'égard de la contraception. Le fait d'en parler à un confident vient démystifier tout ce qui entoure la sexualité. Dans l'enquête de Herbigniaux & Thai (2005), parmi les principaux incitants à l'utilisation de la pilule et du préservatif, 32,9% des jeunes (filles et garçons) mentionnent le fait de parler avec les parents.
- **L'attitude de l'environnement familial par rapport aux questions de sexualité** : Un environnement familial hostile et fermé aux questions entourant la sexualité amène la non-communication et la culpabilité chez les jeunes face à ces questions, ce qui n'encourage pas un comportement sexuel sain et responsable. Dans l'enquête de Herbigniaux & Thai (2005), parmi les freins liés à la prise de la pilule, 74,5% des jeunes filles mentionnent la peur vis-à-vis des parents et 27,6% des jeunes (filles et garçons) l'interdiction de la famille.

Miller et al. (2001) identifient également d'autres facteurs en lien avec l'environnement familial qui rendent l'adolescente plus à risque d'une grossesse : habiter dans un quartier (voisinage) désorganisé ou dangereux et dans une famille à plus faible revenu socio-économique, vivre avec un parent seul, avoir des frères et sœurs plus âgés sexuellement actifs ou des sœurs adolescentes enceintes ou mamans, et avoir été victime d'abus sexuels.

Sur base des résultats des recherches analysées, Miller et al. (2001) proposent un modèle conceptuel de la médiation entre les relations familiales et le risque de grossesse à l'adolescence :

Tableau 2. Modèle conceptuel de la médiation entre les relations familiales et le risque de grossesse à l'adolescence (Miller et al., 2001)

<i>Variables liées aux relations familiales</i>	→	<i>Variables de médiation</i>	→	<i>Variables liées au risque de grossesse à l'adolescence</i>
Liens parent/enfant (proximité, chaleur)		Les valeurs sexuelles et les intentions des adolescents		Avoir eu des relations sexuelles
Régulation parentale, contrôle du comportement (contrôle, supervision)		Les activités prosociales		Début précoce des relations sexuelles
Sur-contrôle psychologique parental (intrusivité)		Auto-restriction (se retenir)		Fréquence des relations sexuelles
Communication parent-enfant (quand les parents désapprouvent la sexualité des ados ou les relations non protégées)		Abus d'alcool ou drogue		Nombre de partenaires sexuels
		Dépression		Utilisation de contraception au premier rapport sexuel
		Fréquentation de pairs à risque élevé		Utilisation récente de contraception
		Fleurter tôt ou de manière stable		Régularité de l'utilisation de contraceptifs

Variables modératrices: le genre, la race/statut ethnique, la structure familiale, la religion /religiosité ; le statut social/économique, le contexte de voisinage, les abus sexuels

Facteurs liés au partenaire

Selon Sundby et al. (1999), l'utilisation ou non de contraception semble dépendre de **la communication entre les partenaires**. La timidité et les difficultés à discuter de sujets sensibles tels que la sexualité ou la contraception sont des facteurs qui peuvent influencer l'échec de la contraception. Selon les auteurs, la période la plus critique aux relations sexuelles non protégées semble être la période de transition entre le moment où les deux jeunes partenaires font connaissance et le moment où ils deviennent un couple stable. Lorsque les partenaires ne se connaissent pas encore très bien, beaucoup utilisent un préservatif à cause de leur peur des maladies sexuellement transmissibles et du SIDA. Après un certain temps, quand les deux partenaires commencent à mieux se connaître, ils ont davantage confiance l'un dans l'autre, et cette peur diminue. Pour beaucoup de jeunes filles, il est trop tôt pour utiliser une contraception orale car elles ne savent pas encore si la relation va durer dans le temps ou non. D'un autre côté, l'utilisation de préservatifs est difficile à négocier car cela réduit les aspects romantiques. La conséquence en est que certains couples prennent des risques et utilisent des méthodes moins efficaces comme le retrait.

L'étude de Piccinino et Mosher (1998, cités par Woo & Twinn, 2004) portant sur 7969 adolescents aux Etats-Unis vient renforcer cette hypothèse. Ils observent que beaucoup de jeunes diffèrent la contraception jusqu'à qu'ils aient été sexuellement actifs durant 1 an ou plus.

Loignon (1996) identifie elle aussi plusieurs facteurs relationnels susceptibles d'influencer les comportements contraceptifs chez les adolescentes et les adolescents :

- **La stabilité de la relation** : L'engagement, l'établissement d'une intimité et la stabilité de la relation amoureuse viennent renforcer un comportement plus responsable et une meilleure communication à l'égard de la sexualité et de la contraception. Plus l'adolescente ou l'adolescent est engagé(e) et s'investit dans une relation, plus il s'établit un climat de confiance avec l'autre qui permet d'aborder la contraception et de faire des choix éclairés sur les moyens qui sont appropriés.

Dans l'enquête de Herbigniaux & Thai (2005), parmi les freins liés à l'utilisation du préservatif, 41,8% des jeunes (filles et garçons) mentionnent la confiance dans le partenaire, et 33,1% la gêne par rapport au partenaire.

Jewell et al. (2000) observent également que la relation sexuelle et ce que ressent la jeune femme envers son partenaire influencent l'utilisation d'un moyen de contraception. Mais contrairement à Loignon, ils observent que l'**attachement émotionnel** (ou l'amour qu'elles ressentent pour leur partenaire) est cité par certaines jeunes femmes pour expliquer leur comportement de prise de risque. Parmi les relations de longue durée, la contraception n'était pas toujours bien maintenue.

- **L'attitude et l'implication du partenaire dans la contraception** : Une attitude ouverte de la part du partenaire influence positivement l'utilisation adéquate de moyens contraceptifs. Plus celui-ci participe à la démarche contraceptive (par exemple en donnant son opinion ou en accompagnant sa partenaire chez le médecin ou à la clinique), plus l'adolescente est encouragée à bien utiliser les moyens contraceptifs.

Dans l'enquête de Herbigniaux & Thai (2005), parmi les principaux incitants à l'utilisation de la pilule et du préservatif, 44,2% des jeunes (filles et garçons) mentionnent le fait de parler avec le partenaire.

D'un autre côté, le partenaire peut également influencer le désir de grossesse chez les adolescentes. Davies et al. (2003) observent une corrélation entre un certain désir de grossesse chez les adolescentes afro-américaines et le fait d'avoir un partenaire qui désire la grossesse et le fait d'avoir un partenaire qui est au moins 5 ans plus âgés.

Facteurs liés aux pairs et aux amis

Le réseau social d'amis de l'adolescente peut jouer un rôle positif ou au contraire négatif dans l'utilisation des moyens de contraception et la survenue d'une grossesse.

Dans l'enquête de Herbigniaux & Thai (2005), parmi les principaux incitants à l'utilisation de la pilule et du préservatif, 37,4% des jeunes (filles et garçons) mentionnent le fait de parler avec les amis.

D'un autre côté, Pereira et al. (2005) observent qu'un plus faible niveau de proximité avec les pairs (ne pas avoir de réseau d'amis fort développé) est associé significativement avec le fait de développer une grossesse à l'adolescence.

5) Facteurs environnementaux et politiques généraux

Un certain nombre de facteurs très concrets, souvent liés à des décisions politiques, vont directement influencer les comportements contraceptifs et la survenue des grossesses à l'adolescence.

Ces facteurs concernent principalement **l'accessibilité et la disponibilité des moyens de contraceptions** et la mise en place d'une **éducation sexuelle à l'école** et de **campagnes d'information**.

En effet, dans tous les pays développés où une contraception efficace est aisément accessible et disponible, de même qu'une éducation sexuelle diffusée de façon appropriée, le taux d'IVG des mineures diminue (Uzan, 1998).

Ce lien est clairement démontré par Haldre et al. (2005) qui ont analysé les évolutions réalisées en Estonie dans ce domaine. Ils observent parallèlement aux grands changements socio-économiques, comprenant des réformes des soins de santé et des changements dans les programmes scolaires, qui ont eu lieu en Estonie entre 1992 et 2001, une diminution importante du nombre de naissance et d'avortement chez les adolescentes. Ils concluent que le cas de l'Estonie prouve que l'accessibilité de l'information, de la contraception, des services et de l'éducation, ainsi que l'existence d'autres projets de vie que la maternité, ont un impact sur les taux de naissance et d'avortement chez les adolescentes.

Ces différents facteurs transparaissent dans l'enquête de Herbigniaux & Thai (2005) :

- Parmi les freins liés à la prise de la pilule, 55,3% des jeunes filles mentionnent le prix trop élevé et 39,2% des jeunes (filles et garçons) la nécessité de se procurer une ordonnance. Toutefois, selon l'étude de Sundby et al. (1999), la disponibilité des contraceptifs oraux semble plus importante que leur coût.
- Parmi les freins liés à l'utilisation du préservatif, 26,8% des jeunes (filles et garçons) mentionnent le prix trop élevé.
- Parmi les principaux incitants à la pilule et au préservatif, 65,5% des jeunes filles mentionnent la distribution de produits gratuits et 49,6% les campagnes de sensibilisation.

Loignon (1996) identifie deux facteurs liés à l'environnement social, susceptibles d'influencer les comportements contraceptifs chez les adolescentes et les adolescents :

- **L'impact des médias** : Les médias, que ce soit le cinéma, la télévision ou la publicité, véhiculent des valeurs telles que la séduction et l'agressivité sexuelle. Un spectateur moyen voit environ 9 000 scènes à caractère sexuel. Selon l'enquête de Herbigniaux & Thai (2005), parmi les freins liés à l'utilisation du préservatif, 15,2% des jeunes (filles et garçons) mentionnent l'imitation des films pornographiques.
- **L'échec de l'éducation sexuelle à l'école** : L'information n'est pas l'éducation. L'enseignement de la sexualité est souvent déficient en milieu scolaire parce que trop de nature informative

Le rôle de la société

La vision qu'à une société de la sexualité et de la maternité va également avoir une influence sur le comportement sexuel et contraceptif des jeunes.

Loignon (1996) note de manière générale le changement des valeurs associées au couple et à la famille dans notre société. La grossesse hors mariage ou la maternité sans engagement amoureux sont banalisés, ce qui peut influencer les représentations des grossesses chez les adolescents.

Pour Bajos (2002 ; cité dans Faucher p46), plus l'acceptation sociale de la sexualité à l'adolescence est importante, moins les taux de grossesses et de recours à l'IVG sont importants. Plus le discours social est favorable à la sexualité des jeunes (moins on le médicalise en parlant de risques), plus les jeunes femmes auront facilement accès à la contraception parce qu'elles se sentiront reconnues et acceptées dans leur sexualité.

Nativel et Daguerre, (2003) mettent également en avant que la **perception** qu'à une société **de la sexualité adolescente** va influencer l'efficacité de sa politique de prévention.

Selon le rapport de l'Unicef (2001), « plus une société est disposée à prendre acte du caractère inéluctable de la sexualité des jeunes, plus elle est en mesure de mettre en œuvre des politiques de prévention efficaces. » Or, le système de valeurs de certaines sociétés rend parfois très difficile l'acceptation de ce fait accompli. La stigmatisation des grossesses précoces est intimement liée aux perceptions de la sexualité adolescente dans les différents pays industrialisés (Nativel et Daguerre, décembre 2003).

De ce point de vue, le rapport de Nativel et Daguerre (juillet 2003) distingue trois types de société :

- Dans le premier groupe (Etats-Unis), les adolescents doivent être préservés le plus longtemps possible de la sexualité.
- Dans le deuxième groupe (Pays-Bas, Grande Bretagne), la sexualité juvénile continue à constituer un phénomène à combattre, mais il apparaît comme un mal inévitable qu'il faut accompagner.
- Dans le troisième groupe (France, Suisse, Suède, et autres pays d'Europe continentale et scandinave), les pouvoirs publics ne nient pas le droit des jeunes à la sexualité et essayent de mettre à leur disposition les moyens de contraception adéquats.

Dans ce troisième groupe, la Suède fut la pionnière de cette conception dépassionnée de la sexualité adolescente. Dès 1975, les pouvoirs publics développent des politiques de contraception volontaristes grâce à la création d'un réseau national de cliniques pour les jeunes, qui leur offrent une information confidentielle et un accès gratuit à l'IVG sans autorisation parentale. Dans la décennie suivante, le taux de grossesses adolescentes a diminué de 80% selon l'Unicef.

III. Facteurs liés au choix de continuer la grossesse ou non

Bien que cette revue de littérature n'ait pas pour objectif spécifique d'étudier les facteurs liés au choix des adolescentes de continuer ou non leur grossesse, les facteurs mentionnés dans les articles sélectionnés sont repris ci-dessous.

1) Facteurs liés à l'environnement socio-économique, socio-démographique, et culturel des adolescentes

Des facteurs culturels liés au milieu socio-économique vont influencer la décision de continuer ou non la grossesse.

Une première constatation est que, du moins dans les pays anglo-saxons, les adolescentes venant de milieux plus défavorisés sont moins enclines à opter pour un avortement que celles venant d'un milieu plus aisé (Griffiths and Kirby, 2000 ; Smith, 1993 cités dans Arai, 2003 ; Schmiede et Russo, 2005).

En Angleterre, les jeunes filles vivant dans des communautés où la maternité à l'adolescence est répandue tiennent souvent des propos anti-avortement. Il se peut qu'elles soient influencées par les positions anti-avortement des autres personnes dans leur voisinage (Tabberer et al, 2000, cité dans Arai, 2003). La réticence des adolescentes des classes ouvrières à avorter est souvent attribuée à un sens du fatalisme ou de la prudence. La plupart des jeunes filles de l'étude de Arai (2003) justifient leur rejet de l'avortement en faisant référence à leurs croyances « pro-vie ». Pour certaines, l'adoption de ces croyances anti-avortement semblait masquer un réel désir d'être mère.

Dans leur étude qualitative auprès de 34 jeunes femmes (16-20 ans), Jewell et al. (2000) observent des attitudes différentes envers les grossesses précoces et l'avortement selon le milieu socio-économique des jeunes filles. Les jeunes femmes issues de milieux socio-économiquement plus favorisés jugent la maternité non acceptable pour elles-mêmes. Elles sont toutefois plus tolérantes à l'égard d'autres qui ont choisi d'être de jeunes mamans. Cette différence s'explique principalement par la façon dont les jeunes femmes voient leur futur, les jeunes femmes de milieux avantagés accordant plus d'importance à leur carrière, l'université, l'argent et leur développement personnel. D'un autre côté, les adolescentes enceintes et les jeunes mères de milieux défavorisés trouvent la solution de l'avortement moins acceptable. De plus, les jeunes mères se sentent obligées de démontrer qu'elles sont capables et sont de bonnes mères en dépit de leur très jeune âge.

2) Facteurs psychologiques et psycho-sociaux liés aux adolescentes

On peut supposer une influence du désir d'enfant, du besoin de combler des carences affectives vécues durant l'enfance, ou encore du besoin d'acquiescer un statut social par la maternité.

3) Facteurs cognitifs (connaissances, représentations, croyances) liés aux adolescentes

Les représentations liées à la maternité précoce et à l'IVG vont avoir une influence sur le choix de continuer ou non la grossesse.

Selon que l'environnement social dans lequel vit l'adolescente a plutôt tendance à valoriser ou banaliser la maternité précoce ou à la considérer négativement, l'adolescente adoptera plus facilement un comportement qu'un autre.

En France, tout comme en Belgique, les grossesses précoces ont plutôt tendance à être stigmatisées. D'après Le Van (1998), la révolution économique, politique et culturelle des

trois dernières décennies a vu naître une nouvelle image de la femme qui a contribué à différer l'âge socialement requis à la première grossesse. Selon Faucher, la stigmatisation sociale des grossesses non programmées, en particulier celles qui surviennent aux âges jeunes, peut ainsi être impliquée dans le recours massif à l'IVG des mineures confrontées à une grossesse non prévue.

Les représentations qu'ont les jeunes de l'IVG vont également influencer leur choix. Selon l'enquête sur la santé des jeunes en Bretagne (Tron et al., 2000), 57% des filles considèrent l'IVG comme « un moyen comme un autre pour éviter d'avoir un enfant ». D'un autre côté, l'IVG est considérée comme un événement grave et traumatisant par 82% des filles.

On peut également supposer d'autres influences comme la connaissance des premiers signes de grossesse ou la connaissance des centres de planning familial et autres lieux d'accueil des jeunes filles enceintes.

4) Facteurs liés à l'entourage des adolescentes (famille, parents, partenaire, amis, pairs)

On peut supposer plusieurs influences familiales comme l'attitude des parents face aux maternités précoces, à la proximité relationnelle de l'adolescente avec ses parents, au fait de pouvoir en discuter avec eux, à leur soutien perçu.

On peut également supposer l'influence du partenaire, son envie d'avoir ou non un enfant et de le prendre en charge, le fait de pouvoir communiquer avec lui, son attitude envers la parentalité précoce.

5) Facteurs environnementaux et politiques généraux

On peut supposer l'influence de l'accessibilité des centres de planning familial, leur confidentialité, ou encore la loi sur les IVG.

IV. Impact de la survenue de la grossesse sur la vie de l'adolescente

Bien que cette revue de littérature n'ait pas pour objectif spécifique d'étudier l'impact de la survenue de la grossesse sur la vie de l'adolescente, les facteurs mentionnés dans les articles sélectionnés sont repris ci-dessous.

1) Dans le cas où l'adolescente choisit de recourir à l'avortement

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

Selon Schmiede et Russo (2005), il n'existe pas de preuve que recourir à l'avortement lors d'une première grossesse non désirée contribue à un risque accru de dépression.

2) Dans le cas où l'adolescente choisit de garder l'enfant et de devenir mère

Dans les discours actuels, la grossesse et la maternité précoce sont souvent décrites comme problématiques et même pathologiques. Ce portrait de la parentalité précoce vient de plusieurs études qui ont montré que la maternité précoce a des conséquences sanitaires et socio-économiques négatives (Lawlor et Shaw, 2002).

Toutefois, « la grossesse et l'entrée dans la parentalité à l'adolescence sont de moins en moins présentées comme entraînant inéluctablement des conséquences négatives (Cournoyer, 1995). Selon le soutien de l'entourage et la disponibilité des ressources environnantes, bien des adolescentes et des adolescents réussissent progressivement à assumer, à intégrer leur nouveau rôle de parent.

«...dans la mesure où ces jeunes mères ont accès à des modèles de réussite, obtiennent du soutien de la part de leurs parents, peuvent faire appel à des réseaux d'aide informels, dans la mesure où elles ont aussi pu s'inscrire à des programmes scolaires sur mesure et où elles ont conservé leurs aspirations professionnelles, elles réussissent à s'en sortir. Non cependant, sans que certains enfants n'en aient subi quelques impacts négatifs » (Camil Bouchard, 1989).

Malheureusement, ce que l'on constate c'est que les mères adolescentes qui vivent des problèmes d'adaptation à la maternité, qui n'ont pas de soutien familial postnatal ou qui éprouvent des difficultés d'insertion sociale, sont celles qui sous-utilisent le plus les services de santé et les services sociaux et qui ont le moins recours aux programmes d'aide existant. Ces adolescentes sont démunies, sous-scolarisées et prennent plus de temps pour s'en sortir.

Dans la littérature, les auteurs se sont davantage centrés sur les conséquences négatives de la maternité sur la vie des adolescentes, même si certains évoquent des conséquences positives.

- **Conséquences négatives**

Selon Loinon (1996), la littérature fait mention d'isolement social, d'habitudes de vie déficientes, de sous-scolarisation, de mauvais traitements, de stress et de dépression chez les mères adolescentes.

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

Les adolescentes ont plus de complications de grossesse. Elles commencent souvent les soins prénataux plus tard (Miller, 2000).

En Belgique, les données présentées dans le rapport de l'ONE montrent chez les mères de moins de 20 ans, par rapport à celles de plus de 20 ans, un nombre plus fréquent de suivis tardifs de la grossesse, mais un nombre moins élevé d'accouchements provoqués et de césariennes.

Hillis et al. (2004) mentionnent plusieurs études qui ont porté sur les conséquences pour le fœtus et l'enfant à venir. Celles-ci mentionnent un risque plus élevé de mort fœtale, et les enfants nés de mères adolescentes ont une tendance plus élevée à avoir un petit poids de naissance ou à être prématurés, et ils sont plus enclins à avoir un moins bon développement cognitif, à atteindre un moins bon niveau d'étude, à avoir plus fréquemment des activités criminelles, et sont plus à risque d'abus, de négligence, d'abandon et de problèmes comportementaux durant l'enfance.

En Belgique, les données présentées dans le rapport de l'ONE montrent chez les mères de moins de 20 ans, par rapport à celles de plus de 20 ans, un plus grand nombre de naissances avant terme, plus de naissances de petits poids et des scores d'Apgar en moyenne inférieurs. Toutefois, les différences ne sont pas très importantes.

Une étude menée aux Etats-Unis en 1996 (« Kids Having Kids » cité par Miller, 2000) a comparé des jeunes mères adolescentes (17 ans ou moins) avec des femmes qui ont eu leur premier enfant à l'âge de 20 ou 21 ans. Cette étude montre que les enfants des jeunes adolescentes ont moins de chances de vivre dans une maison avec leur père. Leurs maisons ne sont pas aussi éducatives et ils ont moins de soutien émotionnel et de stimulation cognitive. Ces enfants ont 2 à 3 fois plus de chances de faire une fugue. Ils ont beaucoup plus de chances d'être abusé physiquement, d'être abandonné ou négligé. Ces enfants réussissent moins bien à l'école et ont plus de chances d'abandonner l'école secondaire. Les filles des jeunes mères adolescentes ont 83% de chances en plus d'être mères elles-mêmes avant l'âge de 18 ans.

Toutefois, on ne sait pas encore très bien si c'est la grossesse précoce en soi qui mène à ces conséquences négatives, ou si ces éléments négatifs sont simplement le résultat du même environnement hostile qui a mené à la grossesse précoce. Plusieurs recherches montrent que les conséquences négatives de santé associées à la maternité précoce sont largement attribuables au statut socio-économique plutôt qu'à l'âge de la mère (Cunnington, 2001).

Selon Hillis et al (2004), les conséquences négatives sont plutôt à associer aux expériences hostiles vécues durant l'enfance par ces adolescentes. Dans leur étude rétrospective de 9159 femmes majeures, Hillis et al. (2004) observent que les conséquences psychosociales négatives et les morts fœtales habituellement attribuées aux grossesses précoces semblent résulter des expériences hostiles durant l'enfance plutôt que des grossesses précoces en soi. En effet, le fait d'avoir une grossesse à l'adolescence n'était associé à aucune

conséquence psychosociale négative (problèmes familiaux, financiers, professionnels, stress élevé et colères incontrôlables) en l'absence d'expériences hostiles durant l'enfance.

- **Conséquences positives**

La maternité précoce peut avoir des conséquences positives et bénéfiques.

Par exemple, la survenue d'une grossesse peut avoir un effet positif comme l'abandon d'une toxicomanie jugée nocive pour l'enfant à venir (Flanagan et Kokotailo, 1999 ; cités par Faucher et al., 2002).

Corcoran et al. (2000) observent que les adolescents qui connaissent une maternité et/ou qui sont déjà parents semblent moins connaître de problème d'alcool eu égard aux autres adolescents qui participent à un programme de prévention des grossesses. Les auteurs émettent comme hypothèse que ces adolescents futurs parents ou déjà parents connaissent les risques liés à la consommation d'alcool pour leur enfant et ont en conséquence diminué leur consommation d'alcool. Une autre hypothèse est que ces adolescents ont moins l'occasion de passer du temps avec leurs pairs (du fait de leur nouvelle fonction de parents) et donc développent moins d'opportunités de consommer de l'alcool.

Néanmoins, ce débat n'est pas près d'être clos puisque de nouvelles études publiées en 2001 persistent à montrer une influence négative de la parentalité précoce sur le devenir socio-économique et la scolarisation (Otterblad et al, 2001, Hofferth et al, 2001 ; cités par Faucher et al., 2002).

Bailey et al. (2001), dans leur étude portant sur le devenir d'adolescentes enceintes après un an, ont observé une importante augmentation de l'estime de soi chez les jeunes mères. Cependant, ils observaient également un important abandon scolaire, une dégradation de la relation avec le partenaire, et une diminution de la perception de l'impact positif de la grossesse sur la vie (7 thèmes étaient évalués comme étant « amélioré », « inchangé » ou « dégradé » : les études, la capacité de gagner de l'argent, la vie sociale, la santé, les amitiés, les parents, le partenaire). De plus, 20% des mères dont la grossesse avait été planifiée (n=96) et 14% des mères dont la grossesse ne l'avait pas été (n=176) étaient ou avaient été de nouveau enceintes.

V. Les programmes et outils de prévention

1) Les types de programme de prévention qui existent en Belgique (et dans d'autres pays)

Remarque : nous reprenons ci-dessous les principales actions de prévention dont nous avons connaissance, sans prétention d'être exhaustifs, le relevé des différents outils de prévention existants étant par ailleurs un des objectifs de la recherche qui sera menée à la suite de cette revue de littérature.

Les animations à l'éducation affective et sexuelle dans les écoles et centres de jeunes

Un certain nombre d'activités d'éducation à la vie affective et sexuelle sont mises en place dans le milieu scolaire en Communauté française de Belgique. Toutefois, la quantité et la qualité de ces activités devraient être améliorées.

Selon l'enquête quantitative de l'ULB auprès d'élèves de l'enseignement secondaire (Renard et al., 2003), 20% des jeunes, parmi des élèves de 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} secondaire, n'ont jamais eu d'activités d'éducation à la vie affective et sexuelle et, parmi ceux qui en ont profité, seulement un tiers d'entre eux en ont eu plusieurs. Les élèves de l'enseignement technique (26%), artistique et professionnel (30%) sont plus nombreux que ceux de l'enseignement général (18%) à ne pas avoir bénéficié d'animations dans le domaine de la vie affective et sexuelle. Des inégalités existent en faveur des élèves de l'enseignement général, renforçant les inégalités en matière de connaissances des facteurs de risque et de protection. L'école devrait assurer l'équité dans ce domaine. De plus, la majorité de ces jeunes ont plus de 14 ans, or 12% des jeunes en Communauté française de Belgique ont des relations sexuelles précoces (avant 14 ans) et 15% des élèves en 2^{ème} secondaire ont déjà eu au moins une relation sexuelle (Piette & al., 2003).

Les jeunes estiment que certains sujets peuvent être abordés à partir de la 6^{ème} primaire et certains élèves que des thèmes devraient être abordés plusieurs fois au cours du parcours scolaire. Dès lors, pour que tous les jeunes bénéficient de ce type d'animation, il est recommandé d'institutionnaliser l'éducation à la vie affective et sexuelle dans le cursus scolaire (Renard, Senterre et Piette, 2003).

A la suite de ces constats, un programme type d'animations à la vie affective et sexuelle à l'école a été défini et un projet pilote d'animations à la vie sexuelle et affective a été organisé dans 200 classes de 4^{ème} et 6^{ème} primaire ainsi qu'en 4^{ème} secondaire professionnelle, tant dans l'enseignement ordinaire que spécialisé au début de l'année scolaire 2004-2005. Ces animations ont été prises en charge par 40 équipes d'animateurs composées des centres de plannings familiaux, des centres Psycho-Médico-Sociaux (PMS) ou des services de Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE).

Ces projets se sont terminés en juin 2005 et ont fait l'objet d'une évaluation.

En complémentarité avec les centres de planning familial, les services PSE et les centres PMS sont des acteurs importants. L'éducation à la vie affective et sexuelle est une priorité qui est définie dans le nouveau décret régissant leurs activités (article 5 du décret PSE du 20 décembre 2001).

Les campagnes de sensibilisation

Des campagnes de sensibilisation sont régulièrement menées en Belgique. Quelques exemples de ces campagnes sont mentionnés ci-dessous.

Durant les mois d'octobre et novembre 2005, un bus d'information a sillonné les villes estudiantines du pays. L'objectif de ce bus était de donner des informations sur toutes les méthodes contraceptives aux jeunes femmes : la pilule (pilule orale et piqûre contraceptive), le stérilet hormonal, et non hormonal, le patch contraceptif, les implants, l'anneau vaginal et le préservatif. Le bus a été conçu à l'initiative d'une firme pharmaceutique et la campagne bénéficie du soutien du Groupement des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique. Leur objectif est non seulement de protéger les jeunes femmes contre les grossesses non désirées mais également contre les IST, d'où une promotion pour le « double dutch », la double protection : moyen contraceptif et préservatif (Le Journal du médecin, 1713, 22 novembre 2005, p12).

Le Centre liégeois de promotion de la santé a mis sur pied une exposition itinérante consacrée à la "Promotion de la Santé affective et sexuelle" qui porte le nom de "Sex'Etera ... un itinéraire d'information sur la vie affective et sexuelle" et s'adresse aux jeunes entre 13 et 17 ans. Il s'agit d'une exposition qui prend place dans un bus de 12m de long. Différentes animations sont proposées dans chacun des 4 modules (photolangage, DVD, témoignages,...). Ce bus propose un climat de confiance, propice à l'échange et au débat entre les jeunes et avec les adultes.

Les centres de planning familial et les divers organismes mutualistes organisent régulièrement des campagnes de sensibilisation.

Les centres de planning familial organisent des conférences-débats, notamment autour du thème des grossesses non désirées.

Actuellement, une équipe de travailleurs (Sex&co) des centres de planning familial de la Fédération laïque est présente sur les festivals de musique de l'été afin d'y tenir un stand d'information sur la contraception, les MST et les grossesses non désirées.

Afin de sensibiliser particulièrement les jeunes à la problématique des grossesses non-désirées et à la transmission des MST et du HIV, la campagne "Laura.be" « être une mère ado, ce n'est pas un jeu » des mutualités socialistes a été lancée en 2004 et poursuivie en 2005 (roman-photo, spot TV). Celle-ci rappelle l'importance de la double protection, non seulement par le biais des pilules contraceptives mais aussi de l'utilisation du préservatif. Ainsi, 900.000 préservatifs ont été gratuitement mis à disposition en 2005.

Une série de brochures abordant le thème des grossesses non désirées ou de la contraception sont également publiées et distribuées par les centres de planning familial, les organismes mutualistes, des firmes commerciales et pharmaceutiques ou encore d'autres organismes en contact avec les jeunes.

Le rôle des médecins généralistes

Les médecins généralistes pourraient également jouer un rôle dans la promotion des comportements contraceptifs et la prévention des grossesses précoces.

Dans une enquête menée en médecine générale, portant sur le motif de consultations des adolescents, Lambillote (Louvain Médical, 1999) observe que 70% des adolescents souhaiteraient que leur médecin les informe spontanément lors d'une consultation de l'un ou l'autre problème de santé. Les sujets d'informations souhaités sont, d'abord :

- pour les filles : la contraception et les MST ;
- pour les garçons : les MST et le trio tabac-alcool-drogues ;

Les autres sujets évoqués sont le régime, l'obésité et l'usage des médicaments.

Sundby et al. (1999) pensent que les médecins devraient prendre plus de temps pour donner des informations individuelles aux jeunes filles concernant les moyens de contraception, aborder les risques et discuter des problèmes qui peuvent réduire l'efficacité ou la compliance. Afin de rendre ces conseils contraceptifs plus accessibles, ce travail pourrait

également être entrepris par des infirmières, des sages-femmes, ou autre personnel de santé formé.

En France, des recommandations de pratique clinique sur les stratégies de choix d'une méthode contraceptive ont été publiées fin 2004. Ce document recommande entre autres aux prescripteurs (médecins généralistes, spécialistes et sages-femmes) de dédier une consultation spécifique à la question de la contraception et d'être attentifs à certains points particuliers lors de rencontres avec des adolescentes (Fournier, 2006).

Le rôle des parents

Il va de soi que les parents ont un rôle à jouer dans le domaine de l'éducation affective et sexuelle de leurs enfants. Malheureusement, beaucoup de parents préfèrent laisser cette responsabilité à l'école.

Selon Fourny (2005), il ne faut pas négliger le rôle important que les parents ont à jouer dans ce domaine. Il est vraiment nécessaire de les impliquer dans le processus d'information.

Les programmes d'éducation affective et sexuelle à l'école pourraient envisager d'inclure plus systématiquement les parents.

Dadoorian (2005) observe dans les récits des adolescentes que la plupart affirment que l'éducation sexuelle devrait commencer à la maison, avec les parents, parce que ceux-ci disposent de davantage d'intimité pour parler de ce sujet avec leurs enfants. Pour la plupart des adolescentes interviewées, c'est spécifiquement le rôle de la mère que de commencer l'éducation sexuelle de leur fille. Cependant, le sexe reste encore un sujet tabou dans beaucoup de familles.

Les médias et Internet

L'information concernant la sexualité et les moyens de contraception est également relayée par les médias (émissions télévisées, magazines spécialisés pour les adolescents) et les sites Internet.

Alvin et al. (2003) présentent une sélection de sites en français destinés aux jeunes gens sur les thèmes de la santé et la sexualité, que les pédiatres pourraient recommander à leurs patients adolescents. Bien sûr, ces adresses et leur contenu méritent une vérification régulière, sachant que celle des auteurs date de janvier 2003.

Actuellement, les 4 fédérations des centres de planning familial en Communauté française ont le projet de créer un nouveau portail Internet qui offre aux jeunes un espace interactif pour aborder des sujets relatifs à leur vie affective et sexuelle.

Plusieurs sites Internet ont également été développés par les centres de planning familial, les organismes mutualistes, ou encore d'autres organismes en contact avec les jeunes (www.ifeelgood.be, www.sips.be, www.planning-familial.be, etc.).

Et dans les autres pays ?

De nombreux programmes ont été développés aux Etats-Unis et conçus pour réduire l'incidence des grossesses à l'adolescence. Malheureusement, très peu ont été adéquatement évalués ou soumis à des standards académiques de recherche.

Pour la plupart des programmes, il n'existe pas suffisamment de preuve pour dire s'ils sont ou non efficaces. Selon le rapport du Dr. Kirby (1997, cité dans Miller, 2000), les programmes qui ont essayé de réduire les grossesses à l'adolescence peuvent être rangés dans 1 des 5 catégories suivantes :

- 1) Les programmes éducatifs – Un exemple type sont les programmes prônant uniquement l'abstinence. Kirby a trouvé 6 études de ce genre publiées ; aucune n'a rapporté de preuve consistante que ça marche ; et une étude a prouvé que ça ne retarde pas l'âge du premier rapport sexuel.

- 2) Les programmes qui ont pour but d'améliorer l'accès aux contraceptifs – Ils incluent les Services de Planning Familial, les centres de santé basés à l'école, et les programmes d'accessibilité des préservatifs. Il existe très peu de données de recherche qui soutiennent ou qui réfutent les bénéfices de ces programmes.
- 3) Les programmes éducatifs destinés aux parents et aux familles – A court terme, ces programmes augmentent la communication parent/enfant sur la sexualité, mais ces effets positifs disparaissent avec le temps.
- 4) Les programmes de prévention multi-composants – Ces programmes incluent habituellement un enseignement à l'école, des activités extra-scolaires, des distributions de contraceptifs et des campagnes médiatiques. Durant la mise en œuvre de ces programmes, certains ont montré une réduction dans le taux de grossesses précoces, mais une fois qu'ils sont terminés, les taux de grossesse retournent à leur taux précédent.
- 5) Les programmes de développement du jeune – Les objectifs sont d'améliorer l'éducation et les options de vie des jeunes femmes et par là diminuer les taux de grossesse. Il semble exister une relation claire entre les plans d'étude et de carrière et la grossesse à l'adolescence. Mais il faudrait davantage de recherches pour déterminer quels composants du programme sont les plus importants pour le succès.

En résumé, aucune approche seule ou simple déjà essayée n'a permis de réduire avec succès le taux de grossesse à l'adolescence (Miller, 2000).

2) L'efficacité des programmes de prévention

Une méta-analyse menée par Song et al. (J School Health 2000) a montré que les programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire amélioraient les connaissances des adolescents.

D'un autre côté, plusieurs recherches ont montré que l'éducation sexuelle, même si elle améliore les connaissances, a souvent peu d'effet sur les comportements (Kirby, 1985 ; Oakley et al, 1995 ; Wight et al, 2002 ; cités dans Arai, 2003).

DiCenso et al. (2002) ont réalisé une revue systématique de 22 études contrôlées randomisées évaluant l'efficacité de programmes de prévention primaire dont le but était de retarder l'expérience sexuelle, d'améliorer l'utilisation d'une contraception et de réduire l'incidence des grossesses non désirées. Il ressort de leur analyse que les interventions :

- ne retardaient pas l'âge d'initiation des relations sexuelles des jeunes
- n'amélioraient pas l'utilisation des moyens de contraceptions des jeunes
- ne réduisait pas les taux de grossesse chez les adolescentes

Ils en concluent que les stratégies actuelles de prévention primaire ne sont pas efficaces.

3) Recommandations pour les futurs programmes de prévention

Sont reprises ici les diverses recommandations formulées dans les articles sélectionnés.

Recommandations à propos des programmes d'éducation affective et sexuelle auprès des jeunes :

Quand ?

- Les programmes de prévention devraient commencer beaucoup plus tôt qu'ils ne le font (Song et al., 2000)
- Il est important de diffuser l'information à tous les âges, du fait que les garçons et les filles du même âge ne partagent pas toujours le même niveau de maturité et d'expérience (Sundby et al., 1999)
- Il est également important de répéter l'information dans le temps, et d'aborder toute la complexité du sujet (Sundby et al., 1999)

Comment ?

- Utiliser une série de méthodes d'enseignement qui implique activement les participants. Selon Woo et Twinn (2003), le succès de ces stratégies a mis en évidence l'importance de se centrer sur les besoins perçus des adolescentes (Kirby, 1999)
- Des suggestions doivent être faites afin que les enseignants et les intervenants puissent aborder la prévention de la grossesse selon une approche renouvelée et ainsi favoriser l'acquisition et le maintien d'un comportement contraceptif (Blais, 2005).
- Les enseignants ordinaires ne semblent pas en connaître assez eux-mêmes sur ce sujet que pour être capable de réaliser cette tâche. Il est important d'impliquer du personnel de santé (Sundby et al., 1999)

Quoi ?

Un équilibre entre informations et réflexions sur les pratiques concrètes

- Effort d'information sur la sexualité dans les écoles mais modifier le discours général sur la sexualité des adolescentes et la médicalisation des moyens contraceptifs (Faucher).
- Il est dangereux de supposer un lien clair entre d'une part une amélioration des connaissances et de l'accès aux services et d'autre part un changement des comportements (Jewell et al, 2000).
- Chercher à clarifier certains mythes liés aux connaissances populaires (Sundby et al., 1999)
- Ne pas baser le travail exclusivement au niveau des connaissances mais également au niveau des pratiques concrètes et quotidiennes, et des éléments qui les entravent (Herbigniaux & Thai, 2005)
- Selon Blais (2005) « ce n'est pas parce que les jeunes savent « installer » un préservatif, qu'ils seront capables de négocier son utilisation avec le partenaire ». Donc, au-delà de l'aspect technique de la contraception, certains aspects de nature comportementale doivent être abordés.
- Ne pas consacrer trop de temps à la théorie de la contraception mais plutôt favoriser la réflexion sur l'importance d'adopter un comportement contraceptif adéquat (Blais, 2005)
- Il faut tenir compte de l'avis des adolescents : les adolescents suggèrent que l'éducation sexuelle soit plus positive avec moins d'insistance sur l'anatomie et moins basés sur une tactique de la peur; elle devrait davantage être focalisée sur le dialogue et la communication autour de la sexualité, et les détails sur les services d'aide devraient être annoncés dans les endroits fréquentés par les jeunes (toilettes des écoles, centres commerciaux...) (Song et al., 2000)
- Les programmes, en plus de mettre l'accent sur l'éducation sexuelle et les informations de santé, devraient également aider les adolescents à développer leurs mécanismes de coping, au cas où une activité sexuelle non protégée serait une façon de gérer un niveau élevé de stress (Corcoran et al, 2000)

Aborder la thématique de la contraception et des grossesses précoces dans sa dimension relationnelle :

- Aborder la crainte du rejet de la part du partenaire (Blais, 2005)
- Augmenter la capacité et le désir des jeunes de discuter de ces problèmes avec leur partenaire (Sundby et al., 1999)
- Une attention particulière doit être portée à la violence dans les comportements entre jeunes (Faucher)
- Inclure des activités qui abordent les pressions sociales sur les comportements sexuels (Kirby, 1999)
- Aborder l'aspect du report des relations sexuelles : abstinence (s'abstenir de certaines activités sexuelles) plutôt que continence (refus de tout plaisir sexuel) ; faire savoir aux

adolescents qu'ils ne sont pas obligés d'avoir une vie sexuelle active et qu'ils ont tout à fait le droit de vouloir attendre avant d'avoir leur première relation sexuelle. (Blais, 2005)

- Mettre l'accent sur les répercussions d'une grossesse à l'adolescence, l'affirmation de soi, la capacité de négocier, les difficultés liées à l'adoption et au maintien d'un comportement contraceptif adéquat et le rôle des garçons dans la contraception. (Blais, 2005)

Informations pratiques et aspects émotionnels de la contraception

- Mentionner l'idéal de combiner le préservatif ET la pilule contraceptive (ou le Dépo Provera) (Blais, 2005)
- Davantage d'information sur l'utilisation des contraceptifs oraux et la contraception post-coïtale (Sundby et al., 1999)
- Renseigner sur la pilule contraceptive d'urgence afin qu'ils puissent réagir en cas d'échec ou d'oubli contraceptif (Blais, 2005)
- Présenter aux jeunes les ressources disponibles et pertinentes dans leur école et dans leur quartier, et inviter des intervenants clés (Blais, 2005)
- L'accent doit être mis, entre autres, sur la résistance à la contraception (Blais, 2005)
- Aborder la peur, la gêne et la honte face au sujet de la contraception (Herbigniaux & Thai, 2005)
- Etant donné que les adolescentes éprouvent de la difficulté à observer rigoureusement une méthode contraceptive, il faut porter les efforts d'éducation sur le renforcement de la motivation (Blais, 2005)
- Aborder les attitudes vis à vis des préservatifs et de la grossesse et l'auto-efficacité pour l'utilisation des préservatifs (Rosengard et al., 2004)

Recommandations à propos de l'implication des garçons et des partenaires des jeunes filles :

- Les activités doivent intégrer les garçons et leur démontrer qu'eux aussi jouent un rôle important dans la démarche contraceptive. (Blais, 2005)
- Il serait intéressant d'inclure les petits-amis dans les programmes d'intervention (Davies, et al, 2003) et construire un dialogue efficace entre l'adolescente et son partenaire sexuel de manière à confronter leurs désirs perçus de grossesse
- L'attention des pouvoirs publics devrait également se concentrer sur les hommes plus âgés, partenaires sexuels de prédilection des très jeunes filles (Nativel et Daguerre, 2003)

Recommandations spécifiques :

Lors de consultations individuelles :

- Demander lors des consultations si les adolescentes ont planifié une grossesse ou quelle est leur probabilité d'être enceinte (Rosengard et al., 2004)
- Interventions de conseil ciblant les perceptions des adolescentes sur les circonstances influençant la conception et les effets de l'utilisation d'une contraception (Rosengard et al., 2004)
- Cibler les adolescentes ayant des intentions « floues » de grossesse car elles présentent plus de suspicion de grossesse et de tests positifs que celles qui ont l'intention claire d'éviter une grossesse : notamment dans le but de les informer sur la contraception d'urgence, les aider à considérer un avortement, et ou les préparer à une grossesse, un accouchement et une prise en charge de l'enfant en toute sécurité (Rosengard et al., 2004)
- L'intervention auprès des adolescents qui ont des partenaires occasionnels devrait les outiller afin qu'ils puissent négocier l'utilisation du préservatif (Blais, 2005)

Les adolescentes identifiées à risque pour une grossesse précoce pourraient participer dans des interventions plus formelles qui pourrait inclure des activités qui encouragent les adolescentes à (Davies, et al, 2003) :

- a) clarifier leurs valeurs concernant les relations sexuelles saines
- b) jeu de rôle sur la communication efficace à propos de la prévention de la grossesse avec le partenaire
- c) dépasser les barrières perçues à utiliser un préservatif
- d) construire des réseaux familiaux et sociaux solides afin d'augmenter le soutien familial perçu
- e) augmenter l'estime de soi

Ces interventions peuvent avoir lieu dans différents cadres et peuvent inclure des membres de la famille comme composant clé du changement de comportement.

Recommandations plus générales :

- Inclure des programmes qui permettent de prévenir et d'améliorer les dysfonctionnements familiaux. Pour être efficaces, les programmes devraient contenir des éléments qui aident à améliorer les effets négatifs d'une exposition prolongée à un dysfonctionnement familial (Hillis et al, 2004)
- Mettre en place des interventions qui lient la grossesse et les maladies sexuellement transmissibles à une palette plus large de comportements à risques (partenaires multiples, utilisation irrégulière de préservatif et de contraceptifs hormonaux) (Kershaw et al. ; 2003)
- Travailler avec les médias et le gouvernement pour enlever l'accent glamour du sexe à la télévision et dans les films, donner aux adolescents des exemples alternatifs, les aider à se fixer des buts et leur donner les moyens de les atteindre (Miller, 2000)

Recommandations de politique de santé :

- Rendre la contraception accessible aux adolescents qui ont décidé de commencer leur vie sexuelle (Miller, 2000)
- La pilule du lendemain devrait bénéficier d'une grande diffusion et être délivrée gratuitement sous contrôle médical dans les centres de planning.
- Mettre en place des campagnes d'informations concernant la contraception

Certains auteurs pensent que les programmes de prévention devraient agir à une plus large échelle.

Selon Corcoran et al (2000), les programmes devraient aborder les facteurs liés au macrosystème. En particulier, il faut être attentif aux moyens socio-économiques des adolescents en les aidant à avoir accès aux ressources qui leur permettent de réussir dans leur parcours scolaire et professionnel. De cette manière, les jeunes ne verraient pas autant le fait d'être parent tôt comme un moyen d'acquérir une identité, une estime et des ressources.

De même, selon Nativel et Daguerre (2003), l'une des meilleures façons de prévenir les maternités précoces consiste à susciter l'espoir chez les jeunes issus de milieux défavorisés.

Les conclusions de l'étude de Faucher et al (2002) sont moins optimistes par rapport aux programmes de prévention. Selon ces auteurs, il y aura toujours des grossesses activement désirées à l'adolescence. Lutter contre ces maternités semble donc utopique ; il faudrait en effet modifier les caractéristiques psychologiques de l'adolescence, couper les racines culturelles, éradiquer la pauvreté...

Dans un certain nombre de cas, il ne s'agit pas de prévenir mais d'accompagner ces grossesses.

VI. Conclusions

Malgré le faible taux de grossesses chez les adolescentes en Belgique comparativement à d'autres pays industrialisés comme l'Angleterre ou les Etats-Unis, ce phénomène continue à questionner le monde politique et le monde adulte de manière générale. Il est vrai qu'avec la disponibilité (théorique) des moyens de contraception et le développement d'informations de tous types au sujet de la sexualité des jeunes depuis maintenant plusieurs années, nos adolescentes sont, pour reprendre les termes de Patrick Alvin (2006), « conditionnées à l'interdit de grossesse, tant qu'on n'a pas fini les études, qu'on n'a pas de travail, qu'on n'est pas encore adulte, qu'on est pas encore mariée, etc. ».

En fait, lorsque l'on analyse la situation en profondeur, en amont du problème des grossesses chez les adolescentes, il semble que ce soit surtout le comportement contraceptif des adolescents qui pose problème et à ce niveau, l'information et l'écoute des jeunes sont insuffisantes.

La revue de littérature nous confirme que la survenue d'une grossesse à l'adolescence est une problématique complexe qui fait intervenir une multitude de facteurs: comportementaux, socio-économiques, culturels, psychologiques, psycho-sociaux, cognitifs, relationnels, ou encore macro-sociaux. La mise en place de programmes de prévention devrait tenir compte de cette diversité d'influences et avoir pour objectif d'intervenir à plusieurs niveaux à la fois.

Dans ce contexte, il est important de continuer à augmenter les connaissances des jeunes et l'accès à la contraception. Mais il faut en plus amener une réflexion sur les facteurs psycho-sociaux, relationnels et familiaux qui entrent en jeu dans les comportements contraceptifs et la survenue d'une grossesse. Une réflexion générale sur la parentalité des jeunes et leur désir d'enfant éventuel serait également la bienvenue. En effet, il faut garder à l'esprit qu'un certain nombre de ces grossesses résultent véritablement d'un projet de couple ou d'un désir d'enfant chez l'adolescente. Afin de réduire les conséquences potentiellement négatives de ces maternités et paternités précoces, il s'agit de mettre en place en Belgique des structures qui permettent d'aider ces jeunes mères et ces jeunes pères à vivre au mieux leur nouvelle parentalité.

Finalement, dans une optique sociale plus large, et peut-être idéaliste, il est important de permettre aux adolescents de milieux socio-économiques défavorisés d'entrevoir de réelles perspectives d'avenir, scolaires et professionnelles, de leur offrir la même quantité et qualité d'informations sur la vie affective et sociale et le même accès aux différents services.

Références bibliographiques

- Alvin, P, Buceta, A., Dailland, F. Santé, sexualité et Internet. Un portail d'adresses utiles pour les adolescents. *Archives de pédiatrie*, 2003, 10, 185-187.
- Alvin, P. Contraception chez l'adolescente : le grand paradoxe. *Archives de pédiatrie*, 2006, 13, 329-332.
- Arai L., Low expectations, sexual attitudes and knowledge : explaining teenage pregnancy and fertility in English communities. Insights from qualitative research. The Editorial Board of *The Sociological Review*, 2003, 119-216 p
- Bailey, P.E., Bruno, Z.V., Bezerra, M.F., Queiroz, I., Oliveira, C.M. & Chen-Mok, M. Adolescent pregnancy 1 year later: the effects of abortion vs. motherhood in northeast Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 29, 223-232.
- Banque de données médico-sociales de l'ONE. Rapport 2002-2003. Dossier spécial: mères adolescentes. Bruxelles, 2003, 70 p.
- Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P., Tafforeau, J. & Van der Heyden, J. Enquête de Santé par interview, Belgique 2004. Bruxelles, Institut Scientifique de la Santé Publique et Direction générale statistique et information économique. IPH/EPI REPORTS n°2006-034. 2006, 544p.
- Blais, J. La grossesse à l'adolescence : un phénomène qui persiste ! Ca s'exprime, le magazine des intervenants menant des activités d'éducation à la sexualité auprès des jeunes du secondaire. Une production du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Université du Québec à Montréal. 8p.
- Beghin, D., Ndamè, S. & Lucet, C. Grossesses d'adolescentes en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale. Texte communiqué en novembre 2004 à l'Institut de Démographie de l'Université catholique de Louvain dans le cadre de la Chaire Quetelet 2004.
- Beghin, D., Cueppens, C., Lucet, C., Ndamè, S., Masuy-Stroobant, G., Sasse, A. & Piette, D. Adolescentes : sexualité et santé de la reproduction. Etat des lieux en Wallonie et à Bruxelles. Bruxelles, février 2006. Avec le soutien de la Communauté française de Belgique.
- Comité de la médecine de l'adolescence, Société canadienne de pédiatrie. La grossesse et l'adolescence, février 2004.
- Corcoran, J., Franklin, C. & Bennett, P. Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting. *Social Work Research*, vol. 24, n° 1, pp. 29-39.
- Dadoorian, D. Grossesses adolescentes, 2005, 127p. Editions Erès. Collection La vie de l'enfant.
- Darroch, J.E., Singh, S., Frost, J.J. Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: the roles of sexual activity and contraceptive use. *Family Planning Perspectives*, 2001, 33 (6) pp244-281.
- Davis S.L., DiClemente R.J., Wingood G.M., Harrington K.F., Crosby R.A., Sionean C., Pregnancy desire among disadvantaged African American adolescent females, *American Journal of Health Behavior*, 2003, 27[1]:55-62.
- Decache, A. La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques. Approche éducative globale. Thèse de doctorat en Santé Publique. Université catholique de Louvain, 1994.
- DiCenso, A., Guyatt, G., Willan, A., Griffith, L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2002, 324, pp1-9.
- Faucher, P., Dappe, S., Madelenat, P. Maternité à l'adolescence: analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 2002, 30, 944-952.
- Faucher, Ph. Interruption volontaire de grossesse à l'adolescence. www.ancic.asso.fr/documents/gm035faucher.pdf

- Fournier, C. Aider une adolescente à choisir sa contraception : recommandation aux professionnels. *La Santé de l'Homme*, 2006, 382, p.48.
- Haldre, K., Karro, H., Rahu, M. & Tellmann, A. Impact of rapid socio-economic changes on teenage pregnancies in Estonia during 1992-2001. *Acta Obstetrica Gynecologica Scand*, 2005, 84, 425-431.
- Herbigniaux, F. & Thai, Y. Les méthodes contraceptives chez les jeunes. Enquête menée auprès des 13-21 ans par la fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes. Bruxelles, mars 2005, 44p.
- Hillis, S.D., Anda, R.F., Dube, S.R., Felitti, V.J., Marchbanks, P.A., Marks, J.S. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and foetal death. *Pediatrics*, 2004; 113 (2) : 320-327.
- Janssen-Cilag. Les femmes et la contraception en Belgique. Etude menée par INRA, octobre 2003.
- Janssen-Cilag. Etude sur les pratiques sexuelles et contraceptives. Etude menée par InSites, mai 2004.
- Jewell, D., Tacchi, J., & Donovan, J. Teenage pregnancy : whose problem is it ? *Family Practice*, vol. 17, n° 6, pp 522-528.
- Kershaw, T.S., Niccolai, L.M., Ethier, K.A., Lewis, J.B., Ickovics, J.R. Perceived susceptibility to pregnancy and sexually transmitted disease among pregnant and nonpregnant adolescents. *Journal of Community Psychology*, 2003; 31 (4) : 419-434.
- Le Van, C. Les grossesses à l'adolescence : normes sociales, réalités vécues. L'Harmattan, Paris, 1998, 205 p.
- Loignon, C. Prévention et soutien de la grossesse et de la maternité/paternité à l'adolescence. Etat de la situation pour la région de Montréal. Rapport de recherche menée dans le cadre du programme projet placement carrière. Août 1996.
- Meade CS, Ickovics JR. Systematic review of sexual risk among pregnant and mothering teens in the USA : pregnancy as an opportunity for integrated prevention of STD and repeat pregnancy. *Social science and medicine*, 2005, 60 (4) 661-678.
- Miller, F.C. Impact of adolescent pregnancy as we approach the new millennium. *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, 2000, 13, 5-8.
- Miller, B.C., Benson, B. & Galbraith, K.A. Family relationships and adolescent pregnancy risk: a research synthesis. *Developmental Review*, 2001, 21, 1-38.
- Mutualité Socialiste. Les jeunes et la santé. Sexualité, contraception et protection. Recueil de données réalisé par l'INRA, 2003.
- Nativel, C. & Daguerre, A. Un indicateur de la désinsertion sociale. Voyage au pays des maternités précoces. *Le Monde Diplomatique*, 2003, 12, 4p.
- Nativel, C. & Daguerre, A. Les maternités précoces dans les pays développés : problèmes, dispositifs, enjeux politiques. Rapport commandé par la CNAF, le Centre d'étude et de recherche sur la vie locale. Pouvoir, action publique, territoires. Sciences-Po, Bordeaux, juillet 2003.
- Pereira, A., Canavarro, M.C., Cardoso, M.F. & Mendonça, D. Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy : a cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socio-economic status. *Adolescence*, 2005, 40 (159) pp 655-671.
- Piette, D., Parent, F., Coppieters, Y., Favresse, D., Bazelmans, C., Kohn, L., et de Smet, P. La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994. (Enquête HBSC Health Behaviour in School-aged Children). ULB-PROMES, Bruxelles, 2003, 111p.
- Pope, L.M., Adler, N.E., Tschann, J.M. Postabortion psychological adjustment : are minors at increased risk ? *Journal of Adolescent Health*, 2001, 29, 2-11.
- Renard, K., Senterre, C., & Piette, D. Etat des lieux des activités d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire en Communauté française de Belgique : Enquête quantitative auprès d'élèves de l'enseignement secondaire. Rapport « jeunes » de l'état des lieux de l'éducation sexuelle et affective, septembre 2003.

- Rosengard C, Phipps M.G, Adler N.E, Ellen J.M. Adolescent pregnancy intentions and pregnancy outcomes : a longitudinal examination. *Journal of Adolescent Health*, 2004 ;35 ;453-461.
- Roy, S. & Charest, D. Jeunes filles enceintes et mères adolescentes: un portrait statistique. Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation, Bibliothèque nationale du Québec, 2002.
- Schmiege S. & Russo N.F., Depression and unwanted first pregnancy : longitudinal cohort study, *BMJ*, 2005,online, 5 pages.
- Smith JD et al. Why do women miss oral contraceptive pills ? An analysis of women' self described reasons for missed pills. *Journal of Midwifery and Women Health*, 2005 ; 50 : 380-5.
- Sundby J, Svanemyr J, Maehre T. Avoiding unwanted pregnancy – the role of communication, information and knowledge in the use of contraception among young Norwegian women. *Patient Education and Counseling* 38 (1999), 11-19.
- Tron, I., Pennognon, L., Mazerie, V., Primault, D. La santé des jeunes en Bretagne. 2000 jeunes répondent à 84 questions. France, 225p.
- UNICEF. A league table of teenage births in rich nations. Innocenti Report Card Issue no.3, 2001, Florence, Italy : UNICEF.
- Uzan, M. Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Période 1994-1998. Rapport du chef de service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Jean Verdier à Bondy. France, Inserm, 1998.
- Woo, H. & Twinn, S. Health needs of Hong Kong Chinese pregnant adolescents. *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 45 (6), 595-602.

Tableau Annexe 1. Identification, dans les articles sélectionnés ayant mené une recherche, des principaux facteurs influençant la survenue d'une grossesse à l'adolescence

Référence	Lieu de l'étude	Population d'étude	Objectif de l'étude	Méthode	Observations et principaux facteurs influençant la survenue d'une grossesse :
Arai (2003)	Angleterre	9 coordinateurs locaux d'unité pour adolescentes enceintes (Teenage Pregnancy Unit) 12 jeunes mères ayant eu leur enfant avant l'âge de 20 ans	Explorer si les explications politiques avancées pour expliquer les grossesses précoces et la fertilité sont en accord avec les propos tenus par de jeunes mères dans différentes communautés anglaises.	Etude qualitative : - entretiens téléphoniques avec coordinateurs de services - entretiens semi-dirigés avec jeunes mères	Les résultats suggèrent que les facteurs structurels (pauvreté, faibles perspectives d'avenir) sont plus importants que ceux liés aux attitudes sexuelles et aux connaissances. Facteurs influençant la survenue d'une grossesse ou le fait d'être parent à l'adolescence : - Principalement le peu de perspective d'avenir (pauvreté, manque d'opportunités d'études et d'emplois, peu d'attentes) → maternité = vocation alternative - Une mauvaise connaissance de la santé sexuelle et une mauvaise utilisation de la contraception (taux élevé d'échec de la contraception) (Malgré une connaissance de l'existence des moyens contraceptifs)
Corcoran et al. (2000)	USA	105 adolescents entre 11 et 22 ans (22% garçons et 78% filles) qui suivent un programme de prévention des grossesses 2 groupes : adolescents qui sont parents ou enceintes vs. Non enceintes ou non parents	Identifier la combinaison des facteurs qui permettent de prédire les grossesses et la parentalité à l'adolescence	Etude comparative de deux groupes (selon le modèle des systèmes écologiques de Bronfenbrenner)	Facteurs liés aux adolescentes enceintes : <u>Micro-système</u> : âge, moins de consommation d'alcool, stress plus élevé <u>Méso-système</u> : soutien familial financier, problèmes de communication intra-familiale, (mais pas de corrélation avec les problèmes scolaires) <u>Macro-système</u> : appartenance ethnique (origine hispanique), faibles revenus, type d'emploi des parents
Davis et al. (2003)	USA	522 adolescentes (14-18 ans) afro-américaines, non mariées, sexuellement actives dans les 6 derniers mois, économiquement désavantagées	Examiner la prévalence et les éléments corrélés au désir de grossesse Explorer l'association entre le désir de grossesse et différentes mesures psychosociales parmi un groupe d'adolescentes à risque.	Questionnaire auto-administré pour récolter les données socio-démographiques Suivi d'un entretien individuel structuré pour récolter les données personnelles + test de grossesse	Facteurs influençant significativement le désir de grossesse : - Avoir une faible estime de soi, - perception d'un faible soutien familial, - perception de plus de barrières à l'utilisation de préservatifs, - avoir un partenaire qui souhaite la grossesse, - avoir un partenaire plus âgé > 5 ans Facteurs non significatifs : Dépression, histoire antérieure de grossesse, croyance traditionnelle du rôle de la femme, ne pas vivre avec sa mère
Faucher et al. (2002)	France	62 dossiers d'adolescentes de 13 à 17 ans ayant accouché	Analyser le déroulement des grossesses, des accouchements et des conditions de sortie de la maternité en recherchant l'influence d'un facteur culturel sur le pronostic des mères et des enfants	Etude documentaire rétrospective entre 1997 et 2000 de dossiers d'accouchement	Observations : - 46,8% originaires d'Afrique subsaharienne dont beaucoup vivent en couple avec un partenaire âgé de plus de 25 ans → existence d'un désir de grossesse et meilleur pronostic - 45,2% des patientes non scolarisées - terme tardif de la 1 ^{ère} consultation - suivi spécialisé nécessaire dans 36,2% des cas à la sortie de la maternité

Hillis et al. (2004)	USA	N=9159 femmes > ou = 18 ans (âge moyen 56 ans) Qui consultent dans une clinique soins primaires en Californie Dont % ont vécu une grossesse à l'adolescence (11-19 ans)	Etudier l'impact des expériences négatives durant l'enfance (abus, dysfonctionnement familial) sur les grossesses à l'adolescence et les conséquences habituellement attribuées à ces grossesses (conséquences psycho-sociales, mort fœtale)	Étude rétrospective de cohorte	Observations : - il existe une relation forte et graduelle entre les expériences négatives durant l'enfance et les grossesses à l'adolescence ; - les séquelles psychosociales négatives et les morts fœtales habituellement attribuées à la grossesse à l'adolescence semblent résulter des expériences négatives vécues durant l'enfance plutôt que de la grossesse elle-même
Jewell et al. (2000)	Royaume-Uni	34 adolescentes entre 16 et 20 ans 2 groupes : des jeunes (futurs) mamans >> des jeunes femmes n'ayant jamais été enceintes, venant de milieux défavorisés et favorisés	Explorer les attitudes des adolescentes par rapport à la santé affective et sexuelle, la contraception et la grossesse	Étude qualitative ethnographique : interviews en profondeur et observation participante Étude comparative	Différences observées entre les groupes : - Dans les milieux + favorisés : maternité non acceptable pour elles-mêmes, plus enclines à utiliser la contraception d'urgence ; - (futurs) jeunes mères : plus de difficultés d'accès à des services fiables de contraception et insatisfaction des cours d'éducation sexuelle reçus à l'école ; trouvent la solution de l'avortement moins acceptable
Kershaw et al (2003)	USA	399 adolescentes (14-19 ans) recrutés dans des hôpitaux et centres de santé surtout afro-américaines et latino, milieu défavorisé 2 groupes : adolescentes enceintes (N=198) ou non (N=201)	Investiguer les facteurs prédictifs de la susceptibilité perçue (du risque perçu) à tomber enceinte et/ou à attraper une IST (dans l'année qui suit) (élaboration d'un modèle prédictif)	Entretiens cliniques structurés en face à face, de 90 minutes	Facteurs influençant la susceptibilité perçue à tomber enceinte : Usage de contraceptifs hormonaux et ne pas être enceinte Facteurs influençant la susceptibilité perçue à la survenue d'une grossesse + IST : Avoir eu plus d'1 partenaire sexuel l'année précédente, ne pas utiliser de contraception hormonale, usage irrégulier du préservatif, ne pas être enceinte et être de race blanche Facteurs influençant la susceptibilité perçue à la survenue d'une IST : Avoir eu plus d'1 partenaire sexuel l'année précédente ne pas utiliser de contraception hormonale, faible estime de soi
Pereira et al. (2005)	Portugal	2 groupes d'adolescentes (14-18 ans) de niveau socio-économique faible - 57 ado enceintes (primipares) - 81 ado n'ayant jamais été enceintes	Explorer les contextes relationnels multiples qui influencent la vulnérabilité et la protection face aux grossesses précoces	Étude comparative	Facteurs associés significativement aux grossesses précoces : <u>Famille</u> : plus faible niveau de surprotection maternelle et de soutien émotionnel paternel, antécédents de grossesse précoce chez la mère ; plus de frères et sœurs, famille plus souvent non intacte <u>Amis</u> : moins d'amis, plus faible niveau de proximité avec les pairs ; plus de petits amis et plus de proximité émotionnelle avec eux <u>École</u> : un plus grand nombre d'échecs scolaire (seul 12,3% des adolescentes enceintes continuait l'école, 52,6% avaient déjà décroché avant d'être enceintes)
Rosengard et al. (2004)	USA	354 adolescentes (14-19 ans) ayant une expérience sexuelle se rendant à une clinique	- étudier différentes méthodes pour évaluer les intentions de grossesse - identifier des différences psychosociales entre les adolescentes ayant des intentions	Étude longitudinale de cohorte Entretiens à J0 et à 6 mois sur les intentions de grossesse	Observations : Identification de 3 groupes : - ado ayant clairement l'intention de tomber enceinte (planifié et possible), - ado n'ayant pas l'intention de tomber enceinte (non planifié et non probable) - ado ayant des intentions floues (non planifié mais possible)

			de celles n'en ayant pas - examiner la relation entre les intentions de grossesse et les grossesses survenues		Facteurs liés aux ado ayant des intentions floues : <ul style="list-style-type: none"> - plus de chance d'être blanches et pas afro-américain (par rapport à celles voulant tomber enceinte) - plus d'intentions de recourir à l'avortement (par rapport à celles voulant tomber enceinte) - plus d'attitudes positives envers la grossesse que celle n'ayant pas l'intention d'être enceinte - utilisent moins de contraception que celle n'ayant pas l'intention d'être enceinte
Schmiege & Russo (2005)	USA	1247 jeunes femmes (âgées de 14-24 ans en 1979) ayant eu une 1 ^{ère} grossesse non désirée (et ayant avorté ou accouché d'un 1 ^{er} enfant non désiré)	Examiner les conséquences d'une première grossesse non désirée (avortement ou non) et le risque de dépression	Etude longitudinale d'une cohorte nationale à partir de 1979 Année de leur 1 ^{ère} grossesse entre 1970 et 1992	Observations : Le fait d'avorter ou de donner naissance suite à une grossesse non désirée n'est pas directement lié au risque de dépression clinique. Le groupe des adolescentes ayant avorté avait un niveau d'éducation et de revenus plus élevés, et une famille plus petite, trois caractéristiques associées avec un risque plus faible de dépression.
Sundby et al. (1999)	Norvège	102 jeunes femmes (16-24 ans) en demande de contraception ou d'avortement	Identifier des nouveaux points d'entrée pour le conseil en sexualité, contraception, avortement et post-avortement	Approche qualitative : entretiens semi-structurés	Observations : Bonne connaissance de l'existence des moyens contraceptifs mais différents niveaux de régularité dans son utilisation (utilisation régulière, variable ou très irrégulière) Même les femmes avec peu de partenaires et une compliance contraceptive assez bonne font l'expérience de grossesses non planifiées. Facteurs de non utilisation de la contraception : <ul style="list-style-type: none"> - mauvaises connaissances en santé sexuelle - manque de communication en famille - manque de communication avec le partenaire - manque d'accès aux services de santé et aux moyens contraceptifs
Woo & Twinn (2004)	Chine	10 adolescentes (15-18 ans) enceintes (grossesse non planifiée), en séjour dans un refuge maternel d'une ONG et ayant décidé de placer leur bébé pour l'adoption	Identifier les besoins perçus d'adolescentes après la confirmation d'une grossesse imprévue. Explorer leurs perceptions de leurs besoins psychologiques, sociaux et de santé et la mesure dans laquelle chacun de ces besoins a été rencontré.	Recherche qualitative exploratoire Entretiens semi-dirigés	Observations : 3 besoins de santé identifiés : <ul style="list-style-type: none"> - acceptation de la grossesse (réaction à la découverte et utilisation de remèdes populaires pour avorter) - réactions psychologiques à la grossesse (manque d'espoir dans le futur et regret de faire adopter leur bébé) - utilisation de moyens contraceptifs et conseils de santé (rare utilisation de contraception, sentiments d'ambivalence sur la gestion de leur sexualité, manque de contrôle perçu sur leur comportement sexuel et de contraception, manque de soutien des soignants)