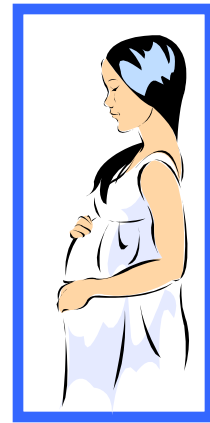


Grossesse et maternité à l'adolescence

Dalal Badlissi, MD, Direction de la santé publique de Lanaudière



Introduction

Les médecins qui procurent des soins aux adolescentes; obstétriciens, gynécologues, pédiatres, médecins de familles et internistes, les infirmières des CLSC et autres intervenants, sont tous confrontés aux conséquences de la sexualité non protégée chez les adolescents : les grossesses à l'adolescence et les maladies transmissibles sexuellement (MTS). La sexualité à l'adolescence ne se limite pas aux risques médicaux, l'adolescent est confronté à son corps qui se modifie, à l'apparition de pulsions érotiques et sexuelles et au développement de son identité sexuelle.

Le report de l'âge de la première relation sexuelle reste le moyen le plus sûr et le plus sécuritaire pour la prévention des grossesses et des MTS à l'adolescence; mais quand les jeunes consultent, ils viennent pour recourir aux moyens contraceptifs et pour prévenir les MTS et non pour avoir notre opinion sur leurs comportements sexuels. Notre rôle comme intervenant est d'encourager les comportements sexuels sécuritaires en les informant sur la contraception et la prévention des maladies transmises sexuellement (MTS)[1]. Notre rôle va aussi au delà des grossesses et des MTS. Il s'agit d'aider les jeunes à comprendre pourquoi ils s'engagent dans une vie sexuelle active et leurs motivations à avoir des relations sexuelles[2].

Évolution du taux de grossesse au Québec et au Canada

Le taux de grossesse à l'adolescence[3-4] au Québec, chez les filles de moins de 18 ans, n'a pas cessé d'augmenter depuis les 20 dernières années. Entre 1980 et 1993, le taux est passé de 12,6% à 19,8% de grossesses pour 1 000 adolescentes, pour se stabiliser par la suite. Ce taux était de 19,8/1 000 en 1997. Les interruptions volontaires de grossesse ont suivi une augmentation constante. Elles sont passées de 5,9 pour 1 000 adolescentes pour les années 1980, 12,8 pour 1000 en 1993, 13,2 pour 1 000 adolescentes en 1997. Le taux de naissance vivante, quant à lui, était de 5,7/1 000 en 1980, 5,9 en 1993 et de 5,5 en 1997 (tableau 1) ; donc on remarque que ce taux est stable depuis 1980. Nous remarquons qu'au Québec, depuis 1980, le désir de grossesse est stable avec un taux de naissance stable. Le taux d'avortement a beaucoup augmenté, ce qui laisse croire que les adolescentes et les adolescents de moins de 20 ans n'ont pas accès à une méthode de contraception efficace, (obstacle financier, géographique, inaccessibilité aux services).

Le taux de grossesse chez les moins de 20 ans a connu la même augmentation de 1980 à 1997, soit de 24,1/1 000 à 35,7/1 000 adolescentes. L'avortement provoqué est passé de 8,8/1 000 à 15,2/1 000. Quant au taux de naissance vivante, il est toujours stable à 13,4/1 000 en 1980 et 13,5/1 000 en 1997(tableau 2).

Au Canada[5], au cours des dernières années, le taux de grossesse chez les adolescentes de 15-19 ans n'a pas cessé de diminuer, il est passé de 53,7/1 000 en 1974 à 42,7/1 000 en 1997. Le taux de naissance a aussi diminué pour passer de 35,6/1 000 à 20,0/1 000 en 1997. Par contre, pour la même période, le nombre d'avortements provoqués a augmenté de 13,9/1 000 à 21,5/1 000 en 1997. Cette augmentation nous laisse croire qu'au Canada comme au Québec les adolescentes n'ont pas accès à des moyens de contraception efficaces.

Le nombre de jeunes actifs sexuellement a aussi augmenté durant cette période, entre les années 1970 à 1990. Pour un âge donné, la proportion de jeunes ayant eu leur première relation sexuelle avec pénétration a pratiquement doublé. Par la suite, cette proportion s'est stabilisée et ce, depuis les dix dernières années et a suivi la même courbe que les grossesses à l'adolescence[6]. Ainsi, lors d'une étude effectuée en 1991[7] dans la région limitrophe de Montréal, 12 % des élèves du secondaire 1 auraient eu une relation sexuelle avec pénétration, 40 % des élèves de secondaire 4 et 60 % des élèves de secondaire 5 auraient déjà eu une relation sexuelle. Selon cet auteur, actuellement 70 % des jeunes de 17 ans sont actifs sexuellement. Au Québec, c'est vers l'âge moyen de 15 ou 16 ans que les jeunes ont leur première relation sexuelle.

Comparaisons internationales

Les données pour les comparaisons internationales[8] et pour le groupe d'âge 15-19 ans sont disponibles selon les études pour les années 1994 à 1997.

Le pays industrialisé qui affiche le plus bas taux de naissance est la Hollande avec un taux de 6,9/1 000 adolescentes et un taux d'avortement provoqué de 5,2/1 000 et l'âge moyen de la première relation sexuelle est de 17,7 ans (tableau 3). Pour les Hollandais, les grossesses non désirées sont rares parce que la plupart des couples utilisent la contraception. L'avortement est considéré comme un dernier recours et la sexualité à l'adolescence est acceptée.

Parmi les pays industrialisés, c'est aux États-Unis que l'on retrouve le plus haut taux de grossesse à l'adolescence chez les 15-19 ans avec un taux de naissance vivante de 52,3/1 000 et un taux d'avortement provoqué de 17/1 000. Quant à l'âge moyen de la première relation sexuelle, c'est vers 15,8 ans. La France a un taux de naissance vivante de 9,1/1 000 et un taux d'avortement provoqué de 7,9/1 000. Quant au Canada, il est de 24/1 000 pour les naissances vivantes et 22/1 000 pour les avortements. Au Québec, il est de 13,5/1 000 pour les naissances vivantes et 16,9/1 000 pour les avortements. Le Québec est le seul endroit où le taux d'avortement dépasse le taux de naissance vivante parmi tous les pays industrialisés.

En Europe, le taux plus bas de grossesse à l'adolescence s'explique par les approches éducatives plus explicites pour les adolescents. Les services de planification sont moins médicalisés, l'information sur la contraception d'urgence est plus disponible. En France et en Hollande, la population a une couverture totale pour la contraception, ce qui n'est

pas le cas au Canada et aux États-Unis. De plus, les médias sont utilisés en Europe pour l'éducation à la sexualité et pour avoir un comportement sexuel responsable, alors que ceci est inexistant en Amérique du nord. L'expérience de la Hollande nous démontre que l'information sur la sexualité et l'accessibilité de la contraception n'amènent pas à des relations sexuelles plus précoces. Bien au contraire, la Hollande a réussi à reporter l'âge de la première relation sexuelle à 17,7 ans.

Conséquences des grossesses à l'adolescence : pour la mère, le père, l'enfant et la société

Les adolescentes enceintes courent un plus grand risque de décrochage scolaire et de dépendance à la sécurité du revenu. Une seconde grossesse arrive chez 35 % des mères adolescentes durant les deux ans suivant la première naissance. Les complications médicales, l'anémie, l'hypertension artérielle, le gain de poids sont plus fréquents chez les adolescentes que chez les femmes adultes[9]. L'âge ne constitue pas, à lui seul, un facteur de risque ; c'est la combinaison de l'âge avec les facteurs socioéconomiques et la faible scolarité qui représente un risque pour les mères adolescentes et leurs nouveau-nés[10].

La paternité à l'adolescence est aussi exigeante, elle provoque souvent une perte d'identité. Souvent, ce sont les pères adolescents qui vont abandonner l'école et avoir un travail mal rémunéré. Ils vont souvent quitter la mère pendant la grossesse ou durant les deux années qui suivent la naissance.

Les enfants de mères adolescentes risquent davantage de naître prématurément, de présenter un faible poids à la naissance, de mourir au cours de leur première année de vie ou d'être victimes d'abus et de négligence. Ces enfants sont aussi plus à risque d'avoir un retard de développement cognitif et social. Comparativement avec les mères adultes du même statut socioéconomique, les mères adolescentes ont moins tendance à parler, à toucher, à sourire et à communiquer avec leur enfant pour le stimuler.

Pour la société, les conséquences sont énormes en coût de santé, les deux tiers des grossesses chez les moins de 18 ans et plus de la moitié chez les moins de 20 ans se terminent par un avortement provoqué. Pour les jeunes filles qui poursuivent leur grossesse, le taux de prématurité et d'insuffisance pondérale à la naissance est plus élevé que les mères âgés de 25 à 34 ans. Les jeunes filles courent aussi plus de risque de dépendre de la sécurité du revenu. Ainsi, pour chaque dollar injecté dans la prévention de la grossesse chez les adolescents on pourrait épargner 10 dollars sur le coût des services d'avortement et sur celui qui est rattaché à la sécurité du revenu des mères adolescentes monoparentales[11].

Le rôle des intervenants de la santé en prévention

Les intervenants de la santé ont un rôle important dans la prévention des grossesses à l'adolescence. Leur rôle consiste à discuter avec l'adolescente du comportement sexuel. Ils devraient discuter avec leurs clients, dès leur jeune âge, de la sexualité, du choix personnel, de la pression de pairs, de la contraception et de la protection contre les MTS[12], et ceci avant que le jeune ne soit actif sexuellement tout en lui assurant la confidentialité et en leur suggérant d'aborder le sujet avec leurs parents. La sexualité et la contraception devraient être abordées comme un problème de santé publique et non comme un problème moral.

La promotion d'une sexualité responsable doit être non seulement le but de la consultation sur la contraception mais aller bien au-delà. Les intervenants devraient profiter du contact privilégié avec l'adolescent pour l'accompagner sur les aspects sociaux, individuels, relationnels des relations sexuelles : examen des motivations et des pressions à avoir des activités sexuelles, investiguer les méthodes de contraception, de protection et les aspects relationnels liés à leur usage. Les intervenants doivent offrir le choix à l'adolescent de prendre sa décision sur son comportement sexuel tout en parlant de l'abstinence ou report de l'âge de la première relation sexuelle comme un choix possible pour ceux qui ne sont pas encore actifs sexuellement et qui n'ont pas de partenaire actuellement. Pour ceux qui sont actifs sexuellement, le rôle de l'intervenant est de les supporter dans leur compliance pour l'utilisation du condom et de la contraception et de les orienter vers les ressources disponibles en CLSC ou en milieu scolaire[13] Une attention particulière doit être accordée aux jeunes à faible revenu et en difficulté scolaire puisque les relations sexuelles précoces et les pratiques sexuelles à risque sont plus fréquentes chez ce groupe.

Tableau 1						
Taux de grossesse pour 1000 adolescentes selon leur issue chez les moins de 18 ans						
Québec 1980 à 1997						
	1980	1985	1990	1993	1995	1997
Grossesses	12,6	15,3	18,6	19,8	18,5	19,8
Avortements provoqués	5,9	9,2	11,1	12,8	12,2	13,1
Naissances vivantes	5,7	4,8	6,1	5,9	5,4	5,5

Tableau 2 Taux de grossesse pour 1000 adolescentes selon leur issue chez les moins de 20 ans Québec 1980 à 1997						
	1980	1985	1990	1993	1995	1997
Grossesses	24,1	27,0	33,9	35,7	35,3	35,7
Avortements provoqués	8,8	12,6	16,2	19,0	19,1	15,2
Naissances vivantes	13,4	12,1	15,2	14,4	14,2	13,5

Tableau 3 Taux de grossesse pour 1000 adolescentes selon leur issue chez les 15-19 ans Canada 1974 à 1997						
	1974	1980	1985	1990	1995	1997
Grossesses	53,7	47,7	41,5	47,3	47,1	42,7
Avortements provoqués	13,9	17,5	15,4	19,3	21,1	21,5
Naissances vivantes	35,6	27,4	23,6	25,4	24,3	20,0

Tableau 4 Tableau comparatif des issues de grossesses pour 1000 adolescentes chez les 15-19 ans et age moyen de la 1ère relation sexuelle					
	États-Unis	Canada 1987	Québec 1994	France	Hollande
Age de la première relation sexuelle (moyenne)	15,8	--	15 à 16	16,8	17,7
Naissances vivantes	52,3	20,0	15,5	9,1	6,9
Avortements provoqués	17,0	21,5	19,9	7,9	5,2

Conclusion

Les grossesses chez les adolescentes sont dues à l'expérience sexuelle précoce, à la faible connaissance de la sexualité et la non-utilisation de la contraception et des condoms. Une bonne éducation sexuelle, directe et explicite, l'accès à des services accessibles et accueillants en santé et un climat de non-jugement peuvent diminuer le taux de grossesse à l'adolescence.

Références

- 1 KAUNITZ, Andrew, M.D. (1997). Contraception for the adolescent Patient. *International journal of fertility and women's medicine*, vol. 42, no 1, janv.-feb.
- 2 ATHÉA, N. (2001) L'entrée dans la sexualité et ses aléas. *Pédiatrie au quotidien*,
- 3 ROCHON, Madeleine (1997). Taux de grossesse à l'adolescence Québec, 1980 à 1995, Régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge. Service de la recherche, Direction générale de la Planification et de l'Évaluation, MSSS, septembre.
- 4 ROCHON, Madeleine, Données non publiées pour l'année 1997
- 5 DRYBURGH, Heather (2000), Grossesse chez les adolescentes. *Rapports sur la santé, statistiques Canada*, vol. 12, no 1, pp. 9-21
- 6 OTIS, Joanne (2001). Sexualité et adolescence. Quand le risque sexuel s'accorde au pluriel. *Actions tox*, vol. 1, no 8, juin.
- 7 OTIS, Joanne (1992). Connaissances, attitudes et comportements des adolescents et adolescentes face à la prévention des grossesses, MTS et sida. Résultats descriptifs préliminaires. Université du Québec à Montréal, juin.
- 8 MOORE, Mary Lou (2000). Adolescent Pregnancy Rates in three European Countries : Lessons to be Learned?. *JOGNN Thoughts & Opinions*, July/August.
- 9 COMMITTEE ON ADOLESCENCE AND COMMITTEE ON EARLY CHILDHOOD, ADOPTION, AND DEPENDENT CARE (2001). Care of Adolescent Parents and Their Children (RE0020). *American Academy of Pediatrics*, volume 107, number 2, february, pp. 429-434.
- 10 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1998). Politique de Périnatalité. MSSS.
- 11 SANTÉ CANADA (1999). Compte rendu des consultations menées pour un Cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique.
- 12 SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (1994). La grossesse et l'adolescence. Comité de la médecine de l'adolescence, pp. 1-5
- 13 COMMITTEE ON ADOLESCENCE (1999). Contraception and Adolescents (RE9841). *American Academy of Pediatrics*, volume 104, number 5, november, pp. 1161-1166.