

La grossesse des adolescentes : quel modèle de suivi adéquat ?

Mémoire de fin d'étude Travail de Bachelor

BOTTANI Anna

Matricule : 12241566

FISCHER Nathalie

Matricule : 10511640

Directrice :

Françoise Roy-Malis, MSc, Chargée d'enseignement HES filière sage-femme, Genève

Experte enseignante :

Dany Aubert-Burri, sage-femme indépendante et chargée d'enseignement HES filière sage-femme, Genève

Experte du terrain :

Angela Walder-Lamas, sage-femme, conseillère en santé sexuelle HUG

Haute école de Santé de Genève
13 août 2018



DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

« Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques ».

13 août 2018

Bottani Anna & Fischer Nathalie

RÉSUMÉ

Introduction

L'adolescence, une étape de la vie remplie de changements identitaires, sociétaux, physiques, et hormonaux ; quelles conséquences lorsqu'elle est vécue parallèlement à une grossesse ?

Objectif

Identifier une prise en soins adéquate et réalisable afin de réduire les risques obstétricaux et psycho-sociaux des adolescentes enceintes en Suisse.

Méthode

A partir de différentes bases de données d'articles scientifiques, cinq études ont été choisies par rapport à leur pertinence sur le sujet. Les cinq articles donnent des résultats concernant les aspects obstétricaux et psycho-sociaux. Les articles ont été analysés de manière descriptive et critique. Les résultats ont été développés dans la discussion.

Résultats

Le concept d'âge gynécologique, mis en évidence par une des études, permet d'évaluer les risques selon l'immaturité biologique des jeunes femmes.

Les principaux risques développés sont : la prématurité, le poids de naissance ainsi que la dépression du post-partum.

Les risques obstétricaux et psycho-sociaux tendent à diminuer avec l'introduction d'interventions spécifiques pendant la période prénatale. Elles permettent aussi une augmentation du taux d'allaitement et une diminution de la dépression post-partum.

Conclusion

Des propositions de prévention et de réseau de soins pour les adolescentes ont été développées. Même si la Suisse a un taux d'adolescentes enceintes bas, assurer un suivi sur le long terme et mettre en place un réseau de soutien autour de la jeune femme permettraient de prévenir les risques. Le concept d'âge gynécologique amène à la mise en place de protocoles qui assurent la vigilance pour les adolescentes présentant plus de risques.

Mots clés : adolescence, grossesse, suivi périnatal, issues obstétricales, risque psychosocial.

ABSTRACT

Introduction

Adolescence is a stage of life filled with turnovers in the identity and the society, as well as physical and hormonal changes. What if all this occurs at the same time as a pregnancy?

Objective

The objective is to identify an adequate and realizable way of care which can reduce obstetrical and psychosocial issues for pregnant adolescents in Switzerland.

Method

Out of different scientific databases, five studies have been selected for their pertinence according to the subject. These articles contain results about obstetrical and psychosocial issues. They were analyzed from a descriptive and critical point of view and the results are developed in the discussion part.

Results

The gynecologic age concept, developed in one of the studies, allows the assessment of the risks with the biological immaturity of young women.

The main risks brought out are the following: prematurity, low birth weight and post-partum depression. These risks were reduced with the introduction of psychosocial interventions during the perinatal period. These interventions also allowed an increase of the breastfeeding rate and a decrease of the post-partum depression.

Conclusion

Proposals for the prevention and for a care network and environment have been developed. Even though Switzerland has a low rate of pregnant adolescents, a long-term monitoring and the surrounding of an appropriate care network would help prevent risks. The concept of gynecologic age brings new thinking for appropriate protocols to take care of the young adolescents presenting higher risks.

Keywords : adolescence, pregnancy, perinatal care, pregnancy outcomes, psychosocial risks

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont été présentes et qui nous ont apporté leur aide durant l'élaboration de notre travail de Bachelor.

Nous adressons un merci particulier à :

Françoise Roy-Malis pour son engagement dans le suivi de notre travail, sa disponibilité et son soutien durant cette phase de notre apprentissage. Ses conseils, ses commentaires et nos discussions ont été riches et précieux pour la rédaction de ce travail.

Dany Aubert-Burri pour la lecture de notre travail.

Angela Walder-Lamas pour sa disponibilité en tant qu'experte de terrain pour notre travail et le temps qu'elle nous a consacré lors d'une rencontre afin de discuter de son expérience. Son aide et celle de **François Weber** (bibliothécaire documentaliste du centre de santé sexuelle et planning familial HUG) nous ont été précieuses.

La bibliothécaire de la Haute école de santé de Genève (heds) pour son aide dans la recherche de la littérature et les questions de référence bibliographique.

Gérard Fischer, Philippe Fischer, Zoé Lanz et Maëlle Schwizgebel pour la relecture intégrale de notre travail.

Finalement, à **nos familles et ami(e)s**, nous adressons un spécial remerciement pour leur patience, leurs conseils et leur soutien énorme durant cette étape de nos études.

GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS

APGAR	Score d'évaluation de l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine
AVB	Accouchement par voie basse
CI	intervalle de confiance
DG	diabète gestationnel
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
FSSF	Fédération Suisse des Sages-Femmes
g	grammes
HELLP	High Liver Enzymes and Low Platelet (pathologie de la grossesse)
HPP	Hémorragie du Post-Partum
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse (<12 SA)
kg	Kilos
MAP	Menace d'Accouchement Prématuro
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odd Ratio
p	Valeur p statistique
PE	Pré-Eclampsie
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin
RPM	Rupture Prématuroe des Membranes
SA	Semaines d'Aménorrhée
SDR	Syndrome de Détresse Respiratoire du nouveau-né
TVP	Thrombose Veineuse Profonde
USA	Etats-Unis

TABLE DES MATIÈRES

1. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL.....	1
2. CADRE DE RÉFÉRENCES THÉORIQUES.....	3
2.1 L'ADOLESCENCE	3
2.1.1 <i>Bref historique de l'adolescence</i>	4
2.1.2 <i>L'adolescence : définition de certains concepts</i>	5
2.1.3 <i>La sexualité à l'adolescence</i>	8
2.1.4 <i>La grossesse chez les adolescentes</i>	8
2.2 LE SUIVI PÉRINATAL	11
2.2.1 <i>Aspects juridiques</i>	12
3. PROBLÉMATIQUE	14
4. DIMENSION ÉTHIQUE	15
4.1 ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE.....	15
4.2 ÉTHIQUE ET TRAVAIL DE RECHERCHE DANS CETTE REVUE DE LITTÉRATURE	16
4.3 PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE ET DROITS D'AUTEUR	17
5. MÉTHODOLOGIE.....	17
5.1 SÉLECTION ET RECHERCHE DES MOTS-CLÉS	17
5.2 LES BASES DE DONNÉES UTILISÉES	19
5.3 PERFECTIONNEMENT DE LA RECHERCHE ET ARTICLES SÉLECTIONNÉS.....	20
5.4 LIMITES ET CONTRAINTES DE LA RECHERCHE DE LITTÉRATURE	22
5.5 RECHERCHE DE LITTÉRATURE DE RÉFÉRENCES	22
6. ANALYSE DESCRIPTIVE DES ÉTUDES.....	23
7. ANALYSE CRITIQUE DE LA MÉTHODOLOGIE DES ÉTUDES.....	28
7.1 LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	28
7.1.1 <i>Population représentative de la population suisse</i>	29
7.1.2 <i>Légitimité des auteurs</i>	30
7.2 TYPES D'ÉTUDES ET MÉTHODOLOGIE.....	30
8. ANALYSE CRITIQUE DES RÉSULTATS DES ÉTUDES.....	32
8.1 POIDS DE NAISSANCE	32
8.1.1 <i>Petit poids de naissance (<2.5 kg) et très bas poids (<1.5 kg)</i>	33
8.1.2 <i>Petit poids et suivi prénatal</i>	34
8.2 ÂGE GESTATIONNEL À LA NAISSANCE ET ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.....	34
8.2.1 <i>Âge gestationnel</i>	34
8.2.2 <i>Accouchement prématuré</i>	35

8.3	MODE D'ACCOUCHEMENT	36
8.3.1	<i>Accouchement par voie basse</i>	36
8.3.2	<i>Accouchement par césarienne</i>	37
8.4	RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES	37
8.5	PATHOLOGIES DE LA GROSSESSE	38
8.6	POST-PARTUM	39
8.6.1	<i>Allaitement et contraception</i>	39
8.6.2	<i>Dépression</i>	39
9.	DISCUSSION	40
9.1	PRÉMATURITÉ ET POIDS DE NAISSANCE	40
9.1.1	<i>1^{ère} hypothèse</i>	41
9.1.2	<i>2^{ème} hypothèse</i>	42
9.2	MODE D'ACCOUCHEMENT ET RPM	43
9.3	SUIVI PÉRINATAL	43
9.4	PATHOLOGIES DE LA GROSSESSE	45
9.5	PÉRIODE DU POST-PARTUM	45
10.	RETOUR À LA PRATIQUE	47
10.1	PRISE EN SOINS AVANT LA GROSSESSE	47
10.2	RÉSEAU DE SOINS	48
10.3	PRISE EN SOINS PENDANT LA GROSSESSE	48
10.4	PRISE EN CHARGE PENDANT L'ACCOUCHEMENT	50
10.5	PRISE EN SOINS AU POST-PARTUM	50
10.6	AUTRES PISTES D'AMÉLIORATION	51
10.6.1	<i>Outils pour les professionnels</i>	51
10.6.2	<i>Formation des sages-femmes</i>	51
10.6.3	<i>Activités entre ados</i>	52
10.7	NOUVELLES PROPOSITIONS DE RECHERCHES	52
11.	FORCES ET LIMITES REVUE DE LA LITTÉRATURE	53
12.	CONCLUSION	54
13.	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	I
14.	ANNEXES.....	X
14.1	ANNEXE 1, TABLEAUX DES RECHERCHES DE LITTÉRATURE	X
14.2	ANNEXE 2, RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES DES ARTICLES PRÉSÉLECTIONNÉS	XV
14.3	ANNEXE 3, ÉCHELLE DU STRESS PERÇU	XVIII

1. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL

Une grossesse chez une adolescente est une situation obstétricale qui soulève des risques pouvant être sous-estimés. Bien que ces grossesses soient peu courantes dans nos pays développés, elles ne sont toutefois pas inexistantes. La contraception est aujourd'hui devenue très accessible, cependant, il n'est pas toujours facile pour les jeunes femmes de faire la démarche pour l'avoir. De plus, même si elle a une contraception, elle n'est pas sûre à 100% et il faut que la jeune fille l'utilise correctement. Il arrive qu'une jeune se retrouve devant la difficile décision de savoir si oui ou non elle va poursuivre la grossesse. Si la jeune femme décide de la garder, une multitude de questions continueront à se bousculer dans son esprit : « Ai-je pris la bonne décision ? » « Arriverai-je à être une bonne mère ? » ; ces questionnements se feront aussi par l'entourage et la société. L'aspect social est très important et l'entourage peut être très dur et jugeant avec ces jeunes femmes. Dans les classes sociales avec un bon niveau socio-économique, une grossesse peut être très mal vue. « Un enfant à ce moment de leur vie perturberait leur avenir professionnel, ainsi que leur vie personnelle » (Dadoorian, 2007). Ainsi, pour ces jeunes femmes, il est difficile de ne pas avoir recours à une interruption de grossesse. Il faut cependant qu'elles se sentent libres de leur choix (Dadoorian, 2007). La culture joue également un grand rôle dans la vision sociétale de cette grossesse. Pour certaines cultures (par exemple africaines, gitanes et magrébines) la grossesse est encore de coutume chez les adolescentes car l'enfantement est vu comme un passage à l'âge adulte, c'est alors bien accepté dans la famille, le clan, la société (Seince, Pharisien & Uzan, 2004). Dans certains pays, il est usuel que la femme ait des enfants jeune, dès qu'elle se marie. Lors d'un stage au Népal, dans un cadre de formation sage-femme, beaucoup de femmes venaient pour leur deuxième ou troisième grossesse alors qu'elles n'avaient qu'une vingtaine d'années ; les mariages étaient souvent arrangés et les femmes arrêtaient leur formation pour s'occuper de la famille.

Ainsi, dans les pays plus défavorisés, c'est une problématique bien plus actuelle qu'en Occident, notamment due au mariage arrangé des jeunes femmes ainsi qu'au manque de connaissances sur la contraception ou au manque de moyens. Environ 11% des naissances dans le monde surviennent chez les jeunes filles de 15 à 19 ans, et dans 95% des cas ces naissances ont lieu dans des pays à bas ou moyen revenu (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2017 ; Sedgh, Finer, Bankole, Eilers & Singh, 2015). C'est pourquoi l'OMS (2017) se pose comme objectif la diminution du nombre de mariages des jeunes de moins de 18 ans.

Avec un taux de 2.6‰ en 2015, la Suisse est aujourd'hui l'un des pays avec le taux le plus bas d'adolescentes de 15 à 19 ans qui donnent naissance (OMS, 2018). D'autres pays européens, comme l'Angleterre ou la France, ont des taux plus élevés de grossesses chez les jeunes, respectivement 14.4‰ et 9.2‰, auxquelles s'ajoutent les IVG (OMS, 2018). Aux USA le taux est encore plus haut, avec un pourcentage de 22.3‰ en 2015 (OMS, 2018).

L'Office fédéral de la statistique [OFS] (2017) ne donne pas de chiffres sur le taux de grossesses adolescentes en Suisse, cependant le taux d'IVG représente environ deux tiers des grossesses chez les 15 à 19 ans, soit 3,3‰ adolescentes en 2017 (OFS, 2017). En 2015 le taux de naissance pour les adolescentes de 15 à 19 ans était de 2.6‰ et le taux d'IVG de 3.4‰ (OFS, 2017), ce qui donne un taux de grossesse chez les 15 à 19 ans de 6‰. Cela représente un total de 360 naissances ; aucune mortinaissance n'a été comptabilisée (OFS, 2017).

Les principaux risques obstétricaux connus pour ces jeunes mères sont : le faible poids de naissance et la naissance prématurée (Torvie, Callegari, Schiff & Debiec, 2015 ; Kirbas, Gulerman & Daglar, 2016) avec tout l'impact de ces morbidités au niveau de la santé publique. Néanmoins, ces grossesses comportent un aspect positif : les adolescentes semblent être moins à risque d'accoucher par césarienne, ainsi la morbidité liée à cette voie d'accouchement est diminuée (Torvie et al., 2015).

Pour ces jeunes femmes il y a également de nombreux risques psycho-sociaux tels que l'isolement, le risque d'attachement perturbé, d'abus, de violence et de dépression du post-partum (Riva Crugnola, Ierardi, Gazzotti & Albizzati, 2014). Ces risques sont directement corrélés aux difficultés auxquelles font face ces jeunes femmes, n'étant elles-mêmes encore qu'en phase de devenir adulte.

La grossesse chez une adolescente est donc une problématique de santé publique majeure pour les jeunes femmes et leurs bébés dans de nombreux pays, notamment aux États-Unis avec un taux d'adolescentes enceintes dix fois supérieur à la Suisse (Radio Télévision Suisse [RTS], 2018). Dans la littérature, il est fréquemment mentionné que le suivi des adolescentes est insuffisant et tardif dans la grossesse (Kirbas et al., 2016). C'est probablement dû au paradoxe auquel doivent faire face ces adolescentes : d'une part le besoin de séparation vis-à-vis de leurs parents à l'adolescence et d'autre part la parentalité qui se met en place pendant leur grossesse (Riva Crugnola et al., 2014). Comme l'acceptation est difficile, souvent elles n'ont pas le courage d'en parler, ce qui a pour conséquence une démarche de consultation tardive.

De nombreuses interruptions de grossesses sont pratiquées dans la première année post-partum. Plusieurs études montrent que c'est également le cas chez les adolescentes. Celles qui ont une grossesse pendant l'adolescence sont plus à risque d'en avoir une deuxième durant cette même période de vie (Great Britain & Department for Children, 2008). Ceci surviendrait avec un taux de 25% dont environ le 36% aura recours à l'avortement (Falk, Östlund, Magnuson, Schollin & Nilsson, 2006). Ainsi, tous les risques vont à nouveau se présenter.

En raison des changements corporels et psychologiques, l'adolescence est une période de vie de grande vulnérabilité. Les difficultés corrélées seraient ainsi multipliées avec une grossesse, autre période de vulnérabilité de la vie de la femme.

En accord avec la philosophie de prise en soin sage-femme, une vision globale et bio-psycho-sociale, et non pas uniquement médicale de la patiente, est importante. Quelle serait donc la prise en charge idéale pour aider ces jeunes femmes à vivre au mieux le grand défi de la grossesse à l'adolescence ? Chaque pays et chaque institution a des protocoles spécifiques pour la population prise en charge ; serait-il possible de trouver des consensus permettant d'établir les principes d'une prise en charge idéale des adolescentes ?

2. CADRE DE RÉFÉRENCES THÉORIQUES

2.1 L'adolescence

L'adolescence, du latin « adulescens » qui signifie inachevé, désigne « celui qui est en train de grandir », elle décrit la phase du développement humain qui permet à l'enfant de devenir adulte. Le terme « adulte », « adultus » en latin, désigne « celui qui a achevé sa croissance » (Aulenbacher & Le Vallois, 2006). L'adolescence est une phase de transition et de transformation. Il est difficile d'y mettre des limites, est-ce la puberté et ses changements biologiques qui la définissent ou la stabilité que va acquérir l'adolescent avec un premier emploi, la fin de la scolarisation ou encore l'aspect légal de la majorité ? Selon l'OMS (2017), c'est « la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans ».

Selon Dolto et al. (1997) :

À la naissance, on nous sépare de notre mère en coupant notre cordon ombilical, mais on oublie souvent qu'entre la mère et l'enfant, il y avait un organe de liaison extraordinaire : le placenta. Le placenta nous apportait tout ce qui était nécessaire à notre survie et filtrait beaucoup de substances dangereuses dans le sang maternel.

Sans lui, pas de vie possible avant la naissance, mais à la naissance, il faut absolument le quitter pour vivre. L'adolescence, c'est comme une seconde naissance qui se ferait progressivement. Il faut quitter peu à peu la protection familiale comme on a quitté un jour son placenta protecteur. Quitter l'enfance, faire disparaître l'enfant en nous, c'est une mutation (p.13).

Les étapes de l'adolescence diffèrent significativement d'une personne à l'autre tant dans le temps que dans le processus de maturation physique et le développement psychosocial. La métamorphose, dont l'enfant va être l'acteur, lui est imposée et ses limites sont floues (Dolto et al., 1997). Elle comprend une multitude de transformations : en parallèle du développement physique et psychologique, il y a également l'intérêt sexuel qui se manifeste avec le développement des caractères sexuels (Bourrillon, 2011). Le développement sexuel est l'événement clé de l'adolescence. Toutes ces modifications sexuelles, staturales et intellectuelles mèneront le jeune adolescent à son statut d'adulte (Sébal, 2012 ; Jeammet, 2013).

2.1.1 *Bref historique de l'adolescence*

Au cours de l'histoire, le concept d'adolescence apparaît et disparaît à plusieurs reprises; celui-ci est influencé par les changements socio-économiques des différentes époques. On retrouve communément un lien entre les classes d'âge, le rôle et les responsabilités des individus au sein de la communauté (Le Breton, 2013).

De façon générale, il est assez facile de définir le début de l'adolescence en raison des changements physiques, les signes d'un corps en développement. Il est plus difficile d'établir une fin à cette période et c'est à ce moment que les différentes cultures établissent parfois des rites de passage permettant de différencier les enfants en train de grandir et les adultes (Huerre, 2001).

Ces étapes rituelles ont également évolué dans le temps. Alors qu'au Moyen-âge le mariage constituait l'élément déterminant du passage au monde adulte, le concept d'adolescence des temps modernes apparut au XIX^{ème} siècle associé plutôt au changement de statut au processus de scolarisation : les adolescents sont alors les individus encore dépendants au niveau financier. De nos jours, en Occident, il n'existe plus véritablement de rites initiatiques marquant ce passage, bien que le début de la vie professionnelle reste un important marqueur de l'entrée dans « le monde des adultes » (Le Breton, 2013).

2.1.2 *L'adolescence : définition de certains concepts*

L'image de soi

La puberté, phase de changement et de transformation du corps de l'enfant, est directement associée à l'adolescence. Il est même communément admis qu'elle constitue le facteur déclencheur de cette nouvelle étape de vie. Chez les filles, elle commence entre 8 et 13 ans. Le développement sexuel, modification majeure, est dû à la stimulation des gonades d'une part, qui vont produire les hormones sexuelles par l'axe hypothalamo-hypophysaire-gonadotrope, et d'autre part à l'hormone de croissance (Alvin, 2005). Le développement sexuel est composé du développement des caractères sexuels primaires, avec l'acquisition des capacités de reproduction, et les caractères sexuels secondaires : les jeunes filles vont voir apparaître les poils, pubiens et axillaires, et les seins. Elles auront leurs premières menstruations en moyenne vers l'âge de 13 ans. Cette période de puberté est caractérisée par le pic de croissance pubertaire, avec modification du poids corporel et de la taille. Le corps des jeunes filles va prendre des formes féminines, le bassin va s'élargir pour permettre une future grossesse et une répartition du tissu adipeux va se faire dans les cuisses et les hanches (J. Bernard, communication personnelle [support de cours], 28 mars 2017). Ainsi la puberté va bouleverser la sécurité acquise au cours de l'enfance ; période durant laquelle l'image de soi et les transformations réelles concordent. A l'adolescence, l'esprit n'arrive plus à suivre les modifications corporelles et il se crée un décalage entre le corps et la tête (Jeammet, 2013). Pour certaines, ne parvenant pas à s'approprier leur nouveau corps de femme, ce passage est difficile à vivre. L'adolescente se voit différemment, elle a une nouvelle image, la transformation est profonde ; la jeune fille perd ses repères (Jeammet, 2013). De plus, elles ne peuvent en rien choisir ni contrôler ce qu'il se passe (Jeammet, 2013). Leur rapport à leur corps est d'une grande importance durant cette phase de changement et celui-ci dépend inéluctablement aussi du regard des autres. Parfois, ces jeunes filles avec un corps métamorphosé ont le physique d'une femme mais ne se sentent pas encore femme. Elles doivent donc faire face au regard porté sur elles, à l'image qu'elles renvoient et à leur propre vision d'elles-mêmes (Müller & Le Breton, 2015). Devoir se reconstruire une identité est l'un des enjeux majeurs de l'adolescence lorsque les repères qui avaient été acquis sont bouleversés. La jeune femme et l'entourage devront reconnaître sa nouvelle identité (Jeammet, 2013).

La recherche de l'identité

« Une métamorphose psychologique découle ... de la confrontation entre ce que ressent l'adolescent dans son corps, ce qu'il fantasme, ses interrogations sur lui-même, cet être étranger qu'il devient » (Sébal, 2012, p. 14). Il est confronté à de telles transformations physiques qu'il doit se reconstruire psychologiquement, mais il est également confronté à un nouveau monde extérieur. Les facultés intellectuelles de l'enfant grandissent et l'amènent à s'interroger sur le monde qui l'entoure (Sébal, 2012). Ainsi, les adolescents sont à la recherche du soi, de leur identité, ils veulent trouver leurs limites (Müller & Le Breton, 2015). L'adolescent se détache et cherche sa propre perception du soi (Bantuelle & Demeulemeester, 2008, p. 31). Parfois ils doivent passer par une étape de confrontation, c'est-à-dire qu'ils doivent dépasser leurs limites mais également s'opposer, que ce soit à leur parents, à leurs copains ou à la société, pour faire face à eux-mêmes. Ils sont à la conquête de leur autonomie (Aulenbacher & Le Vallois, 2006). Cette recherche d'identité sera influencée par le passé de l'adolescent et par ses parents, mais également par l'avenir que son entourage a imaginé pour lui. On retrouve là, à l'adolescence, un même concept que lors de la grossesse : celui de l'enfant imaginé/rêvé face à l'enfant réel. Il faut une harmonisation entre l'imaginaire de l'adolescent, celui de son entourage et le réel, pour que le jeune puisse se construire (Jeammet, 2013).

Tout au long de cette quête d'identité, l'adolescent va également développer sa propre estime de soi, un facteur déterminant du bien-être de l'adolescent (Bantuelle & Demeulemeester, 2008, p. 49). Elle est influencée par l'acquisition de l'autonomie au sein de son environnement, donc sa capacité à prendre des décisions, avoir un certain contrôle sur sa vie, s'intégrer à ses pairs et à la société (Bantuelle & Demeulemeester, 2008, p. 30). L'estime de soi contribue également au développement du sentiment de compétence. Celui-ci reflète la perception d'une personne de ses propres capacités à faire face à une tâche déterminée (Razurel, Desmet & Sellenet, 2011).

L'adolescent au milieu de la société, dans sa famille

Au tournant de l'adolescence, l'enfant qui avait trouvé une sorte de stabilité durant son enfance est pris entre deux forces : d'une part, l'attrait vers la vie plus indépendante de l'adulte, d'autre part la nostalgie de son enfance (Aulenbacher & Le Vallois, 2006). Souvent, les adolescents prennent conscience qu'ils se détachent petit à petit de leurs parents, mais sont tout de même rassurés par leur présence (Müller & Le Breton, 2015). L'adolescence amène l'enfant dans le monde des adultes, il doit commencer à prendre des responsabilités et devenir autonome (Benghozi, 1999) ; il doit faire face à la vie adulte, en prenant conscience de ses devoirs et des codes à respecter. Peu à peu, ces adultes

en devenir prennent conscience des cadres auxquels il faut se soumettre pour trouver leur place dans la société (Müller & Le Breton, 2015).

L'adolescent, qui était donc pris entre les impulsions vers l'avant, liées au désir d'être libre, et les retours en arrière où il se sentait en sécurité (Aulenbacher & Le Vallois, 2006), revendique ses droits et son indépendance. La grande difficulté, ainsi que pour leurs parents, est de trouver le bon équilibre entre le besoin de contrôle et le besoin de liberté (Dolto et al., 1997). Les liens familiaux peuvent être bouleversés. Dans les moments de difficultés, l'adolescent pourrait se sentir seul, même s'il a une bonne relation avec ses parents (Benghozi, 1999).

Soutien social

Durant l'adolescence s'installe l'effet de groupe. C'est la période où la relation avec les pairs prend une grande importance (Bantuelle & Demeulemeester, 2008, p. 22), ils veulent faire partie du groupe et s'y identifient. C'est le début du soutien social par les pairs (Promotion Santé Suisse, 2018). Ils peuvent s'influencer entre eux de façon positive mais également négativement par une admiration pour certains d'entre eux et ainsi une participation à certains comportements à risque (Bantuelle & Demeulemeester, 2008, p. 31). Les adolescents, qui avaient placé beaucoup de confiance en leurs aînés, peuvent être désillusionnés car ils sont devenus plus lucides et ils se rendent compte du décalage qui peut exister entre la réalité et les dires de leurs parents ou d'autres adultes de référence (Sébal, 2012). Les personnes en qui l'enfant avait confiance ou avec lesquelles il pouvait parler de tout sont susceptibles de changer, les repères ne sont plus les mêmes. L'adolescent va aller chercher du soutien auprès de ses pairs, qui vivent les mêmes changements que lui. Ils se comprennent. Ainsi le groupe dans lequel l'adolescent va évoluer influencera ses comportements et ses prises de risques. Toutefois, l'importance du soutien de la famille du jeune adolescent est toujours présente. Le rôle des parents reste majeur et permet, grâce au lien de confiance entre eux, de leur apporter le guide dont ils ont besoin afin de se construire (Müller & Le Breton, 2015 ; Bantuelle & Demeulemeester, 2008, p. 32). La rencontre avec des professionnels de la santé peut être difficile mais elle peut être très bénéfique, car l'adolescent peut y trouver une nouvelle personne de confiance (Bantuelle & Demeulemeester, 2008, p. 53). Grâce à cet entourage, l'adulte en devenir peut construire son sentiment d'auto-efficacité et de compétence (Bantuelle & Demeulemeester, 2008, p. 53), qui font partie des compétences de vie selon Promotion Santé Suisse (2018). Ces sentiments reflètent la manière dont le jeune sera capable de faire face à des décisions ou un nouveau rôle (Promotion Santé Suisse, 2018), comme par exemple celui de devenir parent.

2.1.3 *La sexualité à l'adolescence*

D'après P. Anex, psychologue et sexologue, la sexualité se développe tout au long de la vie (RTS, 2018). Elle est déjà présente, de manière inconsciente, dans le plus jeune âge. Les enfants explorent leur corps et leurs sensations.

Lors de la puberté, les jeunes commencent à ressentir l'excitation sexuelle de manière plus forte, la vasocongestion des organes sera plus importante et ils vont en prendre connaissance. Petit à petit les adolescents vont découvrir leur corps et leurs désirs, il faudra qu'ils apprennent à connaître ce nouveau corps. Les hommes auront leurs premières éjaculations (fortuites) et les femmes auront leurs premières règles (Dolto et al., 1997). À ce moment se fera le renforcement des différences avec l'attraction sexuelle, les jeunes vont prendre conscience de leur attirance sexuelle et amoureuse (RTS, 2018). Puis viendra le moment où ils rechercheront le coït, le désir sexuel les poussera à aller vers les autres et à rechercher les vraies rencontres (Dolto et al., 1997).

Les jeunes, en plein devenir d'une personne adulte, se retrouvent encore souvent dans un entre-deux dans lequel ils s'autorisent à ne pas encore être tout à fait responsables. Cette attitude se retrouve devant la question de la contraception. Lorsque certaines jeunes filles ont la sensation d'avoir fait ce qu'il fallait lors des premières fois, elles peuvent devenir plus négligentes et, par exemple, progressivement délaissier l'usage du préservatif. Parfois les connaissances ne sont pas toujours adaptées, ou alors trop approximatives (Müller & Le Breton, 2015).

2.1.4 *La grossesse chez les adolescentes*

La grossesse durant l'adolescence n'est pas un fait nouveau, il n'y a encore pas si longtemps c'était même la normalité. Effectivement, autrefois, les femmes étaient mariées très tôt et par conséquent elles devenaient également mères très jeunes. C'était une époque différente, le rôle de la femme était lié aux travaux domestiques et à l'éducation des enfants (Dadoorian, 2007). C'est toutefois encore une réalité dans beaucoup de pays dans le monde.

Aujourd'hui, la raison de ces grossesses semble provenir d'un défaut d'information lors de l'éducation sexuelle ou d'un comportement à risque, moyennement évalué par les jeunes: l'idée que « ça ne peut arriver qu'aux autres » est assez répandue (Vegetti Finzi & Battistin, 2009, traduction libre, p. 256). Il existe encore trop de croyances autour du risque de grossesse : elle ne peut survenir d'un premier rapport ou lorsqu'une femme a ses règles, si elle fume et boit beaucoup d'alcool ; pourtant ces informations liées à la sexualité et la grossesse sont données dans les écoles (Sébal, 2012).

Différentes hypothèses amenant à une grossesse peuvent être émises. Pendant l'enfance, la fille exprime clairement le désir de maternité à travers le jeu ; en revanche l'adolescente essaye de repousser cette idée en la cachant dans son inconscient. C'est à ce moment que la réalité de la vie sexuelle se partage entre le plaisir et la découverte ainsi que la possibilité de devenir enceinte. Le désir d'avoir un enfant est souvent repoussé à un futur lointain et encore mystérieux pour la jeune femme (Vegetti Finzi & Battistin, 2009, traduction libre, p. 255).

La contraception implique une certaine organisation de la part de l'adolescent, par exemple d'avoir toujours un préservatif à disposition ou la prise régulière de la pilule. Souvent leur contraception n'est pas adaptée au mode de vie, aux amours fluctuants et aux incertitudes des adolescents (Vegetti Finzi & Battistin, 2009, traduction libre, p. 257). Les filles ont tendance à penser que d'avoir toujours un préservatif à portée de main est de la responsabilité des garçons et les garçons ont, eux aussi, la même tendance à croire que la contraception est une question qui concerne les filles. Il est donc assez courant qu'il se crée un flou dans la prise de décision. Il reste primordial d'apprendre aux jeunes l'importance de l'utilisation du préservatif pour la prévention des grossesses mais aussi des IST (Vegetti Finzi & Battistin, 2009, traduction libre, p. 256). Parfois c'est également par crainte d'être jugée par son groupe, de ne pas être assez « cool » que les jeunes femmes n'osent pas demander à l'homme de porter un préservatif (Bantuelle & Demeulemeester, 2008, pp. 56-57).

Durant l'adolescence, l'âge des premières fois, beaucoup de jeunes consomment de l'alcool, du tabac ou d'autres drogues. Plus cet âge d'expérimentation arrive tôt, plus les comportements sont à risque, comme le mentionnent Bantuelle et Demeulemeester (2008, p. 47). Ces comportements sont directement liés à cette phase compliquée de l'adolescence ; une faible estime de soi, une difficulté identitaire, des relations sociales compliquées ou l'appartenance aux pairs. (Bantuelle & Demeulemeester, 2008, pp. 51-52). Ainsi, sous l'emprise de certaines substances, par manque de discernement, les jeunes adoptent des comportements à risque, tels que violence, dépendances, relations sexuelles non protégées et partenaires multiples (Bantuelle & Demeulemeester, 2008, p. 39). Très souvent une interaction entre ces comportements se produit, une consommation excessive d'alcool ou d'autres substances peut mener à des relations sexuelles non protégées et donc une grossesse (Bantuelle & Demeulemeester, 2008, p. 48).

Dadoorian (2007) fait encore une autre hypothèse. Selon elle, pendant la puberté, la pulsion sexuelle s'unifie autour d'un seul objectif, qui est la fonction reproductrice. Les changements que subit le corps visent la reproduction de l'espèce humaine. Ainsi, elle

nous parle de l'adolescente qui est en proie à une forte pression hormonale qui la pousse à mettre à l'épreuve les nouvelles capacités de son corps. Ceci stimulerait son intérêt pour la sexualité et une grossesse peut survenir. Les jeunes femmes cherchent à s'assurer de la fonctionnalité de leur nouveau corps (Seince et al., 2004). Une grossesse pourrait le démontrer, il est bien fertile (Vegetti Finzi & Battistin, 2009, traduction libre, p.257). Dadoorian (2007) appelle cette grossesse qui découle de l'étroite relation entre le corps et la pulsion sexuelle une « grossesse hormonale ».

D'autres auteurs mentionnent qu'une grossesse chez l'adolescente peut être due à la volonté de combler un manque durant leur enfance. Souvent ce sont alors des jeunes filles qui ont eu une relation difficile avec leurs propres parents. Avoir elles-mêmes un enfant leur permet d'accéder à un statut d'adulte, elles pourront alors s'identifier en tant que mère et avoir une famille (Seince et al., 2004 ; Vegetti Finzi & Battistin, 2009, traduction libre, p. 257).

Finalement, selon Seince et al. (2004), une grossesse peut être un signal d'alarme donné par les adolescentes ; c'est une conduite agressive dirigée contre leur corps. Les auteurs mentionnent que les jeunes filles agissent plus directement contre leur corps, que ce soit par des conduites alimentaires, une tentative de suicide ou une grossesse, alors que les garçons auront d'autres attitudes de prise de risque (Seince et al., 2004).

Lorsqu'une grossesse survient chez une adolescente, elle va bouleverser toute la famille. Les parents ne veulent souvent pas admettre que leur fille a des relations sexuelles et cette grossesse vient les confronter à la réalité. La grossesse montrerait également à l'entourage, la famille, les amis et la société l'évidence de l'activité sexuelle de la jeune fille (Sébal, 2012). Les représentations liées à une grossesse à l'adolescence sont culturellement déterminées et ceci influencera la réaction de l'adolescente et de ses parents (Konicheckis, 2006). Pour la jeune fille, qui sort à peine de l'enfance, il est souvent impensable de s'imaginer mère. Ainsi, pour la plupart, la réaction la plus courante est le refus d'accepter cette nouvelle, que ce soit pour la jeune fille ou le parent (Sébal, 2012). Ce n'est qu'après un certain temps que la question se posera : « que faire maintenant ? ». Il sera très important pour les parents et les professionnels de la santé de les soutenir dans leur choix de garder, ou non, la grossesse (Sébal, 2012). Pour certaines jeunes femmes la grossesse est désirée et valorisée, même si elles se retrouvent dans des situations économiques défavorables. Le contexte socio-culturel jouera un grand rôle chez ces jeunes femmes souvent issues des classes sociales populaires (Kost & Henshaw, 2014 cité par Sedgh et al., 2014). Il arrive fréquemment que l'entourage de ces filles, par exemple la mère, la sœur ou des amies, soient dans des situations similaires

ayant également été mères jeunes ; les familles seront donc un soutien. On peut parfois définir ces grossesses comme « culturelles ». En Afrique ou en Europe de l'est, l'enfantement est un rite de passage et la grossesse est acceptée (Seince et al., 2004). Au contraire, lorsque ce sont des jeunes filles de classe moyenne ou de culture occidentale, qui ont des parents qui les poussent à étudier, la famille peut avoir plus de peine à accepter la grossesse. Très fréquemment ces jeunes femmes auront recours à l'avortement car ce n'est pas le bon moment pour avoir un enfant (Dadoorian, 2007). Elles sont alors confrontées à toutes sortes d'émotions et de sentiments ; elles peuvent avoir l'impression d'être immorales, avoir peur de ne plus jamais pouvoir enfanter, ressentir de la culpabilité et s'en vouloir surtout si elles n'étaient pas sûres de leur choix. Parfois la jeune femme n'ose absolument pas en parler autour d'elle que ce soit pour des raisons religieuses ou par peur de la réaction de ses parents. Ainsi elle se retrouve à dissimuler et cacher sa grossesse à tout le monde, parfois même jusqu'à l'accouchement (Schneider, 2008, traduction libre, pp. 95-99).

Selon certaines recherches, comme celle de Riva Crugnola et al. (2014), il y a beaucoup à faire au niveau du suivi post-partum des adolescentes afin de prévenir les risques psychologiques, l'attachement perturbé et de renforcer la prévention au niveau de la santé de la femme, notamment le risque d'avoir une deuxième grossesse pendant l'adolescence.

2.2 Le suivi périnatal

La prise en charge périnatale vise à favoriser la santé de la femme, de l'enfant et de la nouvelle famille pendant la grossesse et la période du post-partum ; de nombreux professionnels de la santé, mais pas seulement, travaillent en interdisciplinarité, surtout lorsque la grossesse est définie « à risque » (Alvin & Marcelli 2005). Une grossesse est définie comme telle lorsqu'elle est susceptible de ne pas se dérouler dans la norme en raison de certaines pathologies maternelles ou fœtales, d'aspects psycho-sociaux ou de comportements maternels à risque, comme un suivi tardif (Kingston, Heaman, Fell & Chalmers, 2012). Selon ces critères, les adolescentes peuvent entrer dans cette catégorie. Il sera ainsi important qu'elles comprennent l'importance de leur rôle pour leur propre bien-être et celui de leur bébé, que ce soit dans les habitudes alimentaires ou également dans le suivi périnatal.

Le réseau de soins peut compter de nombreux acteurs différents : des gynécologues-obstétriciens, pédiatres, médecins généralistes ou d'autres spécialistes, des sages-femmes, des assistants sociaux, des psychologues et d'autres personnes ou institutions

susceptibles d'apporter de l'aide et du soutien à la patiente, comme par exemple le service cantonal de protection de la jeunesse et de l'enfance.

La prise en soins peut s'effectuer à l'hôpital, à domicile ou en cabinet, tout dépend des choix de la jeune femme et des besoins selon sa santé, son statut socio-économique et de sa grossesse.

Il est souvent observé que les jeunes femmes ayant besoin d'une consultation pour des problèmes gynécologiques se dirigent dans un premier temps vers un médecin gynécologue-obstétricien ; la sage-femme pourra prendre son rôle par la suite. Il est important que ces adolescentes reçoivent un suivi adéquat lors de leur grossesse pour réduire les risques obstétricaux tels que prématurité et petit poids de naissance, ainsi que les risques psychosociaux, notamment l'isolement social et la dépression post-partum (Kingston et al., 2012). Trop souvent, ces jeunes femmes sont isolées et n'ont pas les ressources pour faire face à cette étape.

2.2.1 *Aspects juridiques*

Les aspects législatifs concernant les adolescentes sont importants, car étant mineures, l'autorité parentale de leur bébé est soumise à leurs parents ou à un tuteur. Ainsi, un certain nombre de décisions ne peuvent pas être prises par la jeune femme. Il s'agit de considérer non seulement l'autorité parentale, mais aussi le concept de secret professionnel et le principe éthique de l'autonomie de la personne.

Le cadre juridique des mineurs

Le Droit civil, faisant partie du Droit privé, contient le droit des personnes, ainsi les droits et devoirs des citoyens, tout comme les lois concernant la famille (tutelle, relations matrimoniales et autorité parentale) (Guillod & Burgat, 2010). Selon l'art. 296 du Code Civil suisse du 10 décembre 1907 (CC, RS 210) les mineurs restent sous l'autorité parentale jusqu'à leur majorité (18 ans en Suisse).

Le personnel soignant doit être au courant de la législation afin de guider au mieux les jeunes dans leur nouveau rôle et leurs responsabilités. La relation et la collaboration avec la famille sont à favoriser car la jeune femme mineure n'est pas en droit de prendre des décisions importantes seule concernant son enfant.

La capacité de discernement

Dans les soins, un concept très important à mettre en évidence est celui de la capacité de discernement. Selon l'art. 16 CC toute personne a la capacité de discernement si elle n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de

troubles cognitifs ou psychiques ou d'autres causes comme par exemple l'ivresse. Il s'agit de la capacité à prendre des décisions selon sa propre volonté, en connaissances de cause et indépendamment de l'influence d'opinions d'autrui (Hurst, 2012).

Le jeune âge pourrait donc être une cause d'incapacité de discernement. Cela peut questionner lors de la prise en charge d'adolescentes enceintes vu les changements psychologiques et physiques en cours lors de cette période de vie. Etant donné que la loi suisse ne donne pas une limite d'âge définie, le professionnel de la santé devra évaluer à tout moment, selon la situation, si la jeune fille est capable ou non de discernement. Les adolescentes enceintes, si considérées capables, peuvent donc tout à fait prendre des décisions concernant leur propre santé. Elles peuvent le faire de manière autonome, à l'aide des informations adéquates et pertinentes fournies par les professionnels. Selon l'art. 31 CC, pendant la grossesse, le fœtus n'a pas de statut légal. Cependant, dès la naissance de l'enfant, toute décision sera soumise aux décisions du tuteur ou représentant légal de l'enfant. En effet, selon l'art. 296 CC, la mère obtient l'autorité parentale de son enfant seulement lorsqu'elle aura atteint la majorité civile (18 ans) (Art. 13 CC). Certains cantons, comme Genève, favorisent l'attribution de l'autorité parentale à un tuteur pour éviter les conflits d'intérêts pouvant surgir lorsque l'autorité est prise par les parents de la jeune mère.

Le secret médical

Selon l'art. 321 du Code Pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP, RS 311.0), les médecins, les sages-femmes, les psychologues et tout autre professionnel travaillant avec des informations confidentielles liées à la santé d'une personne, sont soumis au secret médical. Ainsi quiconque révèle un secret qui lui a été confié en vertu de sa profession ou dont il a eu connaissance lors de l'exercice de celle-ci peut être puni sur plainte.

Les jeunes qui consultent un professionnel de la santé ou d'autres professionnels susceptibles d'avoir connaissance d'informations confidentielles ont le droit de faire respecter le secret médical. Souvent les jeunes ne savent pas qu'ils sont protégés par le secret médical et donc le professionnel doit l'expliquer ; c'est très important pour favoriser la relation de confiance et pour encourager l'adolescente à s'exprimer pour que le soignant puisse récolter un maximum d'informations et aider au mieux (Benghozi, 1999).

La loi sur l'assurance maladie suisse (LAMal)

Les jeunes femmes qui n'ont pas de suivi adéquat durant leur grossesse peuvent avoir des craintes quant au remboursement des frais par les assurances maladies. Ainsi, selon

l'art. 3 de la Loi Fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, toute personne domiciliée en Suisse est obligée de conclure un contrat avec une assurance maladie de base ; si la personne est mineure alors, le représentant légal a l'obligation de l'assurer (LAMal ; RS 832.10). L'assurance maladie de base couvre un certain nombre de prestations médicales dont la maternité ; ainsi, la mère et son enfant, sont complètement couverts par l'assurance pour une multitude d'interventions et de soins spécifiques.

Il faut donc s'assurer que ces adolescentes aient toutes les connaissances nécessaires pour qu'elles soient encouragées à consulter sans se soucier de l'aspect financier.

3. PROBLÉMATIQUE

Une grossesse à l'adolescence, qu'elle soit désirée ou non, présente des risques obstétricaux. De nombreuses recherches ont mis en évidence que les adolescentes seraient plus à risque d'accoucher prématurément, d'avoir des enfants avec un petit poids de naissance ou encore d'avoir un retard de croissance intra-utérin (Torvie et al., 2015 ; Gupta, Kiran & Bhal, 2008). Quels sont les raisons de ces risques augmentés ? Durant la puberté, le corps subit progressivement des changements afin de devenir un corps sexué. Ces risques obstétricaux seraient-ils donc dûs à une immaturité du corps de la jeune femme ? Ce corps ne serait-il donc pas prêt à assumer ses fonctions pour une grossesse ? A partir de quel moment ces jeunes femmes ne présentent plus un risque supérieur aux adultes ?

Concernant les risques d'ordre psycho-social, la grossesse et tout ce qu'elle implique sera moins difficile à vivre si elle est désirée. Cependant, il faudra tout de même investiguer pourquoi cette grossesse était voulue. Ainsi, selon la réponse à cette question, la jeune femme devra être bien suivie afin d'assurer sa santé mentale et celle de son enfant, par exemple lorsqu'il s'agit d'une grossesse de « comblement » de quelque chose qui lui a manqué durant sa propre enfance. Si c'est une grossesse culturelle, alors très souvent les risques d'ordre psycho-social sont diminués (Seince et al., 2004). Cependant, toutes les adolescentes ont une vulnérabilité psychologique augmentée vu leur jeune âge et les changements qu'elles subissent de manière simultanée. Il faudra donc être attentif au soutien dont elles ont besoin. Lors d'une grossesse, la jeune femme va rencontrer un médecin gynécologue ou une sage-femme. Ce rendez-vous pourrait être le premier en absolu pour la jeune adolescente ; ainsi, les inquiétudes liées à une possible grossesse peuvent encore augmenter face à une personne que l'adolescente n'a jamais rencontrée et devant laquelle elle devra se dévoiler physiquement et psychologiquement (Benghozi, 1999). Le gynécologue ou la sage-femme deviennent des interlocuteurs privilégiés, il est

donc important qu'il s'agisse de professionnels ouverts et capables de discuter de sexualité avec ces jeunes (Benghozi, 1999).

Ce travail de Bachelor mettra l'accent sur la prise en charge globale (bio-psycho-sociale) des adolescentes enceintes, d'une part d'un point de vue obstétrical et d'autre part d'un point de vue psycho-social, afin de proposer une prise en charge la plus adéquate possible. Il existe de nombreux suivis de grossesse différents, comme par exemple par le gynécologue-obstétricien en cabinet, la sage-femme indépendante ou le suivi à la maternité. Il faudra se demander quelle prise en soins est la meilleure, ainsi la question de recherche est :

«LA GROSSESSE DES ADOLESCENTES : QUEL MODELE DE SUIVI ADEQUAT ?»

4. DIMENSION ÉTHIQUE

4.1 Éthique et déontologie

L'éthique regroupe les principes moraux qui guident la conduite d'une personne dans sa vie professionnelle mais aussi dans la vie de tous les jours (Larousse, 2017). L'éthique clinique est une branche de l'éthique qui fournit des outils, des opinions informées et raisonnées par des experts lorsque des conflits de valeurs se présentent dans le domaine de la médecine (Hôpitaux Universitaires des Genève [HUG], 2017).

L'éthique se compose de quatre grands principes :

- * L'autonomie : le respect de la volonté et la capacité de prendre des décisions ;
- * La bienfaisance : faire du bien pour le patient ;
- * La non-malfaisance : ne pas nuire ;
- * La justice : traiter les personnes de façon égalitaire, répartition équitable des ressources, sans discrimination (Beauchamp & Childress, 1979).

La pratique d'une profession basée sur ces principes éthiques permet une relation aux patients respectueuse et valorisante.

En parlant d'éthique, il paraît également pertinent d'aborder la déontologie, propre à chaque profession. Elle permet de régler les devoirs d'une profession, la conduite à tenir et les rapports entre les professionnels, leurs clients et le public (Larousse, 2017). Le code de déontologie sage-femme a été élaboré par la Confédération Internationale des Sages-femmes, il a été adopté par la Fédération suisse des sages-femmes en mai 1994.

Lors de la lecture de la déontologie de la profession sage-femme, les concepts suivants ressortent : les sages-femmes doivent respecter l'autonomie de la femme et l'encourager à prendre des décisions ainsi qu'à en être responsable (International Confederation of

Midwives [ICM], 2017). Il s'agit de permettre au patient d'être acteur principal des soins et un partenaire dans la prise de décisions, en s'appuyant sur l'autodétermination et le consentement éclairé. Selon l'ICM (2017), les sages-femmes prennent en charge les patientes de façon holistique, dans un projet de soins visant la globalité de la situation et non basé sur une problématique ponctuelle. Ceci dans le cadre de la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum. De plus, les sages-femmes travaillent en interdisciplinarité, lorsque la prise en charge dépasse leurs compétences, lors de situations complexes ou en présence de pathologies (Fédération suisse des sages-femmes [FSSF], 2017). Ceci est d'autant plus important lorsqu'il s'agit par exemple du sujet traité dans ce travail de Bachelor car souvent les adolescentes vivent des situations complexes, sur l'axe biomédical et aussi psycho-social et donc il est important de travailler en réseau de soins interdisciplinaire.

4.2 Éthique et travail de recherche dans cette revue de littérature

L'éthique est non seulement présente lors de l'exercice quotidien de la profession de sage-femme, mais aussi lors de la réalisation de travaux de recherche. La rédaction de ce travail de Bachelor porte une attention particulière au respect des principes éthiques dans le choix des articles et dans la présentation des résultats.

Les articles choisis présentent ainsi des résultats anonymisés, le secret médical est respecté. En ce qui concerne la sélection des échantillons, l'attention a été posée sur la présence d'un consentement des participants et l'approbation par un comité d'éthique du projet de recherche. Concernant les études rétrospectives, de manière générale, les auteurs ont utilisé des données anonymisées présentes dans des bases de données. La demande d'un consentement de participation n'est donc pas nécessaire. Néanmoins plusieurs articles citent l'accord d'un comité d'éthique. Une des études, basant la recherche sur un questionnaire, décrit précisément la démarche effectuée pour avoir le consentement des participants. Le respect de la sphère privée a été un critère important pour la sélection des articles. Le choix des articles s'est basé sur la recherche d'études scientifiques de qualité au niveau statistique, ayant des méthodologies claires et rigoureuses, ainsi que des résultats complets. Les principes éthiques impliquent aussi la sélection d'études ayant des résultats discordants ou opposés aux hypothèses ou souhaits des auteurs de la présente revue de la littérature.

L'analyse des articles a été effectuée sur la base des connaissances acquises au cours des trois ans de formation et la trame suit les grilles fournies lors des cours (Tétreault, Sorita, Ryan & Ledoux, 2013).

De plus, les auteurs de ce travail analysent les données de façon prudente et objective, en évitant de faire des surinterprétations, des généralisations abusives ou en concluant des résultats non objectifs. Les avis des auteurs ont été pris en considération et des comparaisons ont été faites avec la littérature retrouvée et des ouvrages théoriques valides, reconnus au niveau international.

Les idées, la personnalité et les opinions des auteurs sont respectées ; aucun jugement n'est porté. Le respect de la personne est valorisé en accueillant des opinions divergentes. La diversité est considérée comme une richesse pour approfondir les analyses. Avoir des points de vue variés permet de retrouver des points en communs, ou pas, et être donc plus objectifs, en évitant les généralisations abusives.

Plus précisément, en ce qui concerne ce travail de Bachelor, l'attention sera posée sur les problématiques éthiques concernant la prise en charge des adolescentes enceintes. Le rôle du professionnel sera aussi de connaître la législation concernant les mineurs, le secret médical et la capacité de discernement. Les recommandations formulées seront basées également sur le respect des quatre principes éthiques cités : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice (Beauchamp & Childress, 1979).

Les recommandations viseront la valorisation du rôle sage-femme dans la prévention et la promotion de la santé de la mère et de l'enfant en s'appuyant sur des données probantes et des ouvrages ou références prouvées et certifiées (ICM, 2017).

4.3 Propriété intellectuelle et droits d'auteur

En conclusion, les auteurs de la présente revue de la littérature s'engagent à respecter la propriété intellectuelle et les droits d'auteur en étant attentifs à toujours référencer toutes les sources utilisées. Ces droits font partie de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948. Selon son art. 27, tout individu a droit à la protection des œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques dont il est l'auteur. Le non-respect de ces droits est également puni par le droit pénal suisse selon la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins du 9 octobre 1992 (LDA ; RS 231.1).

5. MÉTHODOLOGIE

5.1 Sélection et recherche des mots-clés

Afin de réaliser la recherche de littérature de manière ciblée par rapport à la question de recherche, il a fallu trouver des concepts et en faire ressortir des mots-clés qui, à la fois, ciblent la recherche mais permettent également d'englober la question dans son entier.

Les mots-clés comprennent donc tous les aspects de la question de recherche : notamment, l'adolescente enceinte et ses risques physiques et psychiques, ainsi que le suivi périnatal de ces jeunes femmes. Dans un premier temps, les mots-clés français ont été traduits à l'aide d'un dictionnaire, en anglais qui est la langue d'interrogation de la plupart des moteurs de recherche. Par la suite les concepts ont été transformés en MeSH Terms et CINHAL Headings sur CiSMeF et CINHAL, afin d'avoir des mots-clés propres à chaque base de données.

Les MeSH (Medical Subject Headings) Terms sont des termes utilisés pour la recherche selon un vocabulaire biomédical formant le thésaurus de la base de données MedLine. Il s'agit d'une liste de vocabulaires regroupant l'ensemble des termes et leurs synonymes permettant la mise en exergue du contenu d'un document. Cela permet de faciliter la recherche en ayant un dictionnaire restreint vu qu'un terme rassemble tous les synonymes du mot recherché (Centre de documentation Haute Ecole de Santé Genève, communication personnelle [support de cours], 3 mars 2017). Il en est de même pour les CINHAL Headings. Certains des termes n'ont pas pu être trouvés dans le thésaurus et ont ainsi été utilisés dans leur version anglaise en sélectionnant « All Fields ». Les recherches ont été ajustées avec « Major Topic » ou « Title » lorsque la requête donnait trop de résultats malgré l'utilisation des MeSH Terms.

Français	Anglais	MeSH Terms HeTop	CINHAL Headings
Grossesse	pregnancy	pregnancy	pregnancy
Adolescente	adolescent	adolescence	adolescence
Adolescent	teenager	adolescent	adolescence
Adolescence	adolescent	adolescence	adolescence
Grossesse de l'adolescente	pregnancy in adolescence	pregnancy in adolescence	pregnancy in adolescence
Mère	mother	mothers	adolescent mothers
Suivi de grossesse	-	-	-
Prénatal	prenatal care	prenatal care	prenatal care
Suivi périnatal	perinatal care		perinatal care
Soins périnataux	perinatal care	perinatal care	-
Prise en charge	patient care management	nursing care	-

Issues de la grossesse	pregnancy outcome	pregnancy outcomes	pregnancy outcomes
Complications de la grossesse	pregnancy complication	pregnancy complications	pregnancy complications
Risque	risk	risk	-
Psychologique	psychological	-	-
Facteurs de risque	risk factors	risk factors	risk factors
Prise en charge sage-femme	midwifery care	-	-
Risques psycho-sociaux	psychosocial risk	psychosocial risk	-
Issues psychologiques	psychological outcomes	-	-

5.2 Les bases de données utilisées

Les mots-clés ont été utilisés dans les différentes bases de données spécifiques en les combinant selon les opérateurs booléens AND et OR. « AND » permettant de trouver tous les articles comprenant les différents mots-clés utilisés pour la recherche ; « OR » permettant de trouver les articles comprenant l'un ou l'autre des mots-clés.

Les bases de données utilisées sont :

- * MedLine via PubMed : système de recherche d'informations médicales élaboré par la National Library of Medicine aux Etats-Unis qui donne accès à la base de données MedLine. Cette base de données comprend plus de 24 millions de références d'articles publiés dans différentes revues médicales depuis 1996. (Haute Ecole de Santé Genève [HEdS], 2018)
Le moteur de recherche PubMed a été celui de prédilection car il a permis d'effectuer les recherches avec une certaine facilité d'accès.
- * MIDIRIS : MIDIRIS (Midwives Information & Resource Service), la plus grande base de données spécialisée en sciences obstétricales. Cette base de données comprend plus de 240'000 articles parus dans différentes revues depuis plus de 20 ans (MIDIRS, s. d.).
- * PsychInfo : une base de données créée par l'American Psychological Association qui est spécialisée dans le domaine de la psychologie depuis 1967 (American Psychological Association [APA], 2018)
- * CINHAL complète : CINHAL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) est une base de données spécialisée en sciences infirmières et paramédicales. Cette base de données comprend plus de 4 millions de références d'articles, de livres, de chapitres de livre, etc. parus depuis 1981. (HEdS, 2018)

Il a été nécessaire de mettre le filtre du temps (<15 ans) car il existe énormément d'articles sur le sujet de recherche. Les tableaux détaillant la recherche effectuée se trouvent dans l'annexe 1. Une première sélection d'articles a été faite qui se trouvent dans l'annexe 2.

5.3 Perfectionnement de la recherche et articles sélectionnés

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Lieu : Europe, USA, Canada (population similaire à la Suisse)	
Population cible : Adolescents enceintes primipares (10-19 ans)	Adolescentes enceintes multipares
Adolescentes et femmes adultes enceintes en bonne santé habituelle	Problèmes psychiatriques
	Grossesses multiples
Parution de l'étude : 15 dernières années	
Type d'étude : essais comparatifs randomisés, méta-analyse, rétrospectives	

Ci-dessous sont présentés les tableaux avec les fonctions de recherche, séparés selon les différentes bases de données utilisées, qui ont permis de trouver les articles pour l'analyse. En annexe seront présentés les tableaux complets avec toutes les équations de recherche et les articles présélectionnés.

PUBMED		
Combinaisons mots-clés avec opérateurs booléens	Nombre d'articles	Articles retenus
((adolescent[Title]) AND pregnancy[Title]) AND pregnancy outcome[MeSH Major Topic]	21	Kawakita et al., 2016
((adolescent) AND pregnancy) AND (obstetric and perinatal outcomes) AND risk factor	109	Kaplanoglu et al., 2015 Kawakita et al., 2016
(pregnancy in adolescence[MeSH Terms]) AND adolescent perinatal care	84	Kaplanoglu et al., 2015
(pregnancy in adolescence) AND psychosocial risk	202	Sukhato et al., 2015
((teenager or adolescent) AND (pregnancy or pregnant)) AND (psychosocial or depression or psychiatric disorder)	8555	Birkeland, Thompson & Phares, 2005

PSYCHINFO		
Combinaisons mots-clés avec opérateurs booléens	Nombre d'articles	Articles retenus
pregnancy in adolescence AND pregnancy outcomes	148	Sukhato et al., 2015
pregnancy in adolescence AND ((patient care management) OR (perinatal care))	15	Sukhato et al., 2015

Afin de faire la sélection des articles, il a fallu regarder la pertinence de ceux-ci en lien avec la question de recherche, c'est-à-dire trouver des articles sur le suivi périnatal des adolescentes, sur les issues obstétricales ainsi que sur les issues psychologiques. Une revue de la littérature, parue en 2015 mais contenant des articles plus anciens, a été trouvée. Un screening de sa bibliographie a été effectué afin de ressortir d'autres articles pouvant être utiles au travail de recherche.

Il arrive fréquemment, lors de la recherche d'un article, que les bases de données ou les éditeurs fassent des suggestions d'autres articles sur le sujet. Celles-ci ont amené à trouver la revue « Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology » et la recherche avec les mots-clés « named midwife and adolescent pregnancy » a permis de trouver le dernier article retenu.

De manière globale, les recherches ont permis de remarquer l'impact non seulement physique mais aussi psychologique des grossesses chez les adolescentes. C'est pour cette raison que les articles retenus traitent de sujets différents. Leur lecture permettra une analyse globale de la problématique.

Articles sélectionnés :

Plan biomédical	Plan Psycho-social	Prise en charge
Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy. (Kawakita et al., 2016)	Adolescent Motherhood and Postpartum Depression. (Birkeland et al., 2005)	Efficacy of additional psychosocial intervention in reducing low birth weight and preterm birth in teenage pregnancy: A systematic review and meta-analysis. (Sukhato et al., 2015)
Gynecologic age is an important risk factor for obstetric and perinatal outcomes in adolescent pregnancies. (Kaplanoglu et al., 2015)		The impact of a dedicated antenatal clinic on the obstetric and neonatal outcomes in adolescent pregnant women. (Das, Dhulkotia & Amu, 2007).

5.4 Limites et contraintes de la recherche de littérature

Lorsque des termes trop généraux sont utilisés, la recherche de littérature donne de trop nombreux résultats. Il a donc été nécessaire de cibler la recherche en réduisant les champs de recherche, comme expliqué précédemment, en recherchant les MeSH Terms dans les titres et les « Major Topic ». La grande quantité d'articles a été une des difficultés de cette recherche.

5.5 Recherche de littérature de références

Afin de réaliser cette revue de la littérature et pour mieux comprendre l'entièreté de la problématique, notamment pour développer le cadre théorique de référence, il a fallu faire différentes recherches. Ces recherches se sont effectuées d'une part dans plusieurs bibliothèques, à savoir : le centre de documentation de la Haute école de santé de Genève, la bibliothèque publique de la ville de Neuchâtel, la bibliothèque publique de la ville de Bienne et la bibliothèque cantonale et universitaire de Lausanne. D'autre part, différents sites internet, considérés comme source fiable, ont également été consultés, comme le site de la FSSF, le site de l'OMS ou de l'OFS afin d'avoir des chiffres et des données basées sur des études et statistiques scientifiques mises à jour régulièrement. Lors des recherches de littérature effectuées, d'autres articles ont été retenus afin d'étoffer le cadre de référence, mais également de faire des comparaisons dans la discussion des articles analysés. Finalement, un screening des bibliographies des différents ouvrages et des articles a été fait afin de compléter cette recherche de références littéraires.

Cette recherche de la littérature s'est terminée en janvier 2018.

6. ANALYSE DESCRIPTIVE DES ÉTUDES

Gynecologic age is an important risk factor for obstetric and perinatal outcomes in adolescent pregnancies Kaplanoglu, M., Bülbül, M., Konca, C., Kaplanoglu, D., Tabak, M.S. & Ata, B. (2015). <i>Women and birth: Journal of the Australian College of Midwives</i>				
Objectifs	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Etablir si l'âge gynécologique, c'est-à-dire l'âge de la ménarche soustrait à l'âge à la conception, aurait un impact sur les issues gynéco-obstétricales des jeunes femmes enceintes.</p> <p>Ceci dans le but de prendre en compte l'imaturité biologique des jeunes adolescentes et pas seulement l'âge chronologique.</p> <p>L'étude fait une comparaison des issues obstétricales et périnatales entre les grossesses de femme adultes et les adolescentes, divisées en deux catégories : celles avec un âge gynécologique de moins de 3 ans et celles avec un âge gynécologique de plus de 3 ans.</p>	<p>Design Étude rétrospective, unicentrique</p> <p>Echantillon 233 patientes (de 10 à 19 ans), dont 101 avec un âge gynécologique inférieur à 3 ans et 132 femmes ayant un âge gynécologique supérieur à 3 ans. Groupe contrôle : 202 femmes (de 20 à 35 ans).</p> <p>Critères d'inclusion : dossier complet (dont âge des ménarches connues), grossesse unique, pas de césarienne élective et pas de pathologies ou antécédents d'interventions chirurgicales.</p> <p>Variabes Issues néonatales : hospitalisation aux soins intensifs, APGAR à 1 et 5 minutes, RCIU, âge gestationnel à la naissance, poids de naissance. Issues maternelles : pré-éclampsie, voie d'accouchement, prise de poids pendant la grossesse, diabète gestationnel, accouchement prématuré (<37 SA), RPM, HPP</p> <p>Outils statistiques SPSS (Inc., Chicago, IL, USA) 13.0</p>	<p>Période et lieu de l'étude Récolte des données entre janvier 2013 et 2014. Département de gynécologie et obstétrique de la faculté de médecine de l'Université d'Adiyaman, en Turquie.</p> <p>Procédure Analyse des dossiers d'adolescentes primigestes, ayant eu le suivi de grossesses et accouché dans le département cité ci-dessus, dossiers repartis selon l'âge gynécologique. Analyse des dossiers du groupe contrôle : femmes adultes ayant accouché dans le même hôpital, pendant la même période.</p> <p>1^{ère} phase : comparaison adolescentes et groupe contrôle.</p> <p>2^{ème} phase : comparaison groupes d'adolescentes selon l'âge gynécologique et le groupe contrôle</p>	<p>Les résultats de la 1^{ère} phase de l'étude ne sont pas significatifs entre les adolescentes et le groupe contrôle concernant le taux de pré-éclampsie ($p=0.130$), le poids de naissance de moins de 2.5 kg ($p=0.143$), le diabète gestationnel ($p=0.575$), la voie d'accouchement ($p=0.350$), la prise de poids durant la grossesse ($p=0.549$) et l'HPP ($p=0.471$).</p> <p>La différence est significative concernant l'âge gestationnel à la naissance ($p<0.001$), RPM ($p=0.019$), le poids de naissance ($p=0.002$), l'accouchement prématuré ($p=0.024$), l'APGAR à 1 minute et 5 minutes ($p=0.010$), le RCIU ($p=0.017$) et l'hospitalisation aux soins intensifs ($p=0.031$).</p> <p>Résultats concernant la 2^{ème} phase d'analyse des résultats : Le groupe avec un âge gynécologique inférieur à trois ans montre une différence significative par rapport aux deux autres : poids de naissance plus faible ($p<0.001$), âge gestationnel diminué ($p<0.001$), APGAR à 1 minute et 5 minutes diminué ($p<0.001$), accouchement prématuré ($p<0.012$), RCIU ($p<0.001$), RPM ($p=0.015$), hospitalisation aux soins intensifs plus fréquente ($p=0.005$).</p> <p>Pas de différences significatives pour les autres variables ni entre le groupe d'âge gynécologique supérieur à trois ans et le groupe contrôle.</p>	<p>Forces Étude basée sur l'âge gynécologique, un indicateur direct de la maturité biologique des femmes</p> <p>Limites Petite taille de l'échantillon, dû aux critères stricts. Étude rétrospective, pas d'accès à certains dossiers, exclusion des patientes non-suivies dans ce département, difficulté à avoir les données concernant le motif d'hospitalisation aux soins intensifs et les issues des patients</p> <p><u>Impact factor de la revue</u> 2.138 (2016)</p>

Adverse Maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy Kawakita, T., Wilson, K., Grantz, K.L., Landy, H. J., Huang, C. & Gomez-Lobo, V. (2016). <i>North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology</i>				
Objectifs	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et Limites
<p>Investiguer les issues obstétricales, maternelles et néonatales des grossesses à l'adolescence.</p> <p>Ils mettent l'accent sur les issues maternelles, et néonatales, la durée du travail ainsi que l'indication à l'accouchement par césarienne.</p> <p>L'étude de cohorte rétrospective vise l'unification des résultats et clarifier les résultats contradictoires des études déjà existantes.</p>	<p><u>Design</u> Etude de cohorte rétrospective, Multicentrique</p> <p><u>Echantillon</u> 43'537 femmes en 3 groupes : 1'189 de ≤15.9 ans, 14'703 de 16-19.9 ans et 27'645 de 20-24.9 ans (groupe contrôle).</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : nullipare, grossesse unique, âge de <25 ans, ayant accouché après 23 SA, pas d'anomalie congénitale, d'anomalie chromosomique et de mort in utéro.</p> <p><u>Variables</u> : Mode d'accouchement, anémie, RPM, accouchement prématuré (<37 SA, <34 SA et <28 SA), décollement placentaire, chorioamnionite, endométrite, HPP, transfusion sanguine, PE, HELLP, TVP, déchirure périnéale, admission aux soins intensifs, mort maternelle et/ou foetale, poids de naissance (<2.5 kg, <1.5 kg), dystocie des épaules, APGAR, hémorragie intracrâniennes, asphyxie, SDR, sepsis.</p> <p><u>Outils statistiques</u> SAS 9.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC) and R version 3.1</p>	<p><u>Période et lieu de l'étude</u> Données récoltées entre 2002 et 2008 des femmes ayant accouché dans 12 cliniques et 19 hôpitaux de 9 districts américains.</p> <p><u>Procédure</u> 1^{ère} phase : sélection de l'échantillon et récolte des données. 2^{ème} phase : analyse des données électro-niques (anonymisation et standardisation). 3^{ème} phase : analyse statistique des données selon les variables. 4^{ème} phase : analyse des données selon les groupes d'âge.</p>	<p><u>Adolescentes de ≤15.9</u> <u>Risque diminué de :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Césarienne (OR=0.49 ; CI : 0.42-0.59) - Chorioamnionite (OR=0.63 ; CI : 0.47-0.84) - Admission aux soins intensifs de néonatalogie (OR=0.80 ; CI : 0.65-0.98) <p><u>Risque augmenté de :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anémie maternelle (OR=1.25 ; CI : 1.07-1.45) - Accouchement prématuré (37SA) (OR=1.36 ; CI : 1.14-1.62) - HPP (OR=1.46 ; CI : 1.10-1.95) - PE ou HELLP (OR=1.44 ; CI : 1.17-1.77) <p>Les adolescents de ≤15.9 avec un travail spontané ont une durée diminuée de la 2^{ème} phase du travail ($p < 0.1$).</p> <p><u>Adolescentes de 16-19.9 ans</u> <u>Risque diminué de :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Césarienne (OR= 0.75 ; CI : 0.71-0.79) - Chorioamnionite (OR= 0.83 ; CI : 0.75- 0.91) - Admission aux soins intensif de néonatalogie (OR =0.89 ; CI : 0.83-0.96) - Déchirure périnéale majeures (OR= 0.82; CI : 0.71-0.95), <p><u>Risque augmenté de :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anémie maternelle (OR=1.15 ; CI : 1.09-1.22) - Accouchement prématuré à <37SA (OR=1.16 ; CI : 1.08-1.25) - Transfusion sanguine (OR=1.21 ; 1.02-1.43) 	<p><u>Forces</u> Large échantillon de cohorte avec des données actuelles. Grand échantillon de données qui a permis d'analyser de nombreuses issues et d'ajuster un certain nombre de facteurs de confusion.</p> <p><u>Limites</u> Etude rétrospective avec des données déjà existantes de centres médicaux différents et donc avec des éventuelles différences de prise en charge et récolte des données. La longueur de la période d'étude pourrait influencer les données si changements au niveau des prises en charge, l'accès aux soins prénataux et la gestion du travail et de l'accouchement.</p> <p><u>Impact factor de la revue</u> 1.576 (2016)</p>

Efficacy of additional psychosocial intervention in reducing low birth weight and preterm birth in teenage pregnancy : a systematic review and meta-analysis				
Sukhato, K., Wongrathanandha, C., Thakkinstian, A., Dellow, A., Horsuwansak, P. & Anothaisintawee, T. (2015). <i>Journal of Adolescence</i>				
Objectifs	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Evaluer l'efficacité d'interventions psychosociales pendant la période prénatale afin de réduire le bas poids de naissance et les naissances prématurées chez les adolescentes enceintes.</p> <p>La comparaison se fait entre les consultations prénatales de routine et celle qui mettent en place des interventions psychosociales.</p> <p>Une intervention psychosociale est toute intervention qui se focalise sur les problématiques psychosociales ou sociales, par exemple l'amélioration des connaissances de la santé maternelle et fœtale, l'amélioration du soutien social et la facilitation de l'accès aux soins. Chez les adolescentes enceintes, ces interventions ont pour but l'augmentation de l'estime de soi, la réduction du stress et l'amélioration des compétences maternelles. Les interventions étaient mises en place soit à domicile, soit par des programmes institutionnels ou par téléphone. La prise en soins peut se faire en groupe ou en individuel.</p>	<p><u>Design</u> Méta-analyse</p> <p><u>Echantillon</u> 5 études (4 effectués aux USA, 1 faite en Amérique du Sud) étant toutes des essais cliniques randomisés. Les études ont des échantillons entre 26 et 364 participants</p> <p><u>Variabiles</u> Bas poids de naissance (<2.5kg), naissance prématurée (avant 37 SA), poids de naissance et âge gestationnel à la naissance</p> <p><u>Outils statistiques</u> USMD Cochrane Q Test I² statistique STATA 12</p>	<p><u>Période</u> Tous les articles publiés jusqu'au 18 mai 2015.</p> <p><u>Procédure</u> 1^{ère} phase : Recherche d'articles dans différentes bases de données : MedLine, Scopus, CINHAL et Cochrane Central Register of Controlled trials.</p> <p>2^{ème} phase : Sélection des articles. Critères d'inclusion : études en anglais, articles complets avec un échantillon jugé assez grand et des analyses statistiques claires. Echantillon de jeunes femmes de moins de 20 ans enceintes, comparaison de multiples interventions psychosociales avec des consultations prénatales de routine, analyse des résultats concernant le bas poids de naissance, le poids de naissance et l'âge gestationnel à la naissance.</p> <p>Les cinq études ont des interventions visant l'amélioration des connaissances de la santé maternelle et fœtale, améliorer le soutien des familles et amis et faciliter l'accès aux soins. Deux études veulent augmenter le sentiment de compétence et la confiance en soi. Les interventions psychosociales étaient mises en place à la maison, dans une institution ou les deux en même temps. Trois études ont inclus la famille.</p> <p>3^{ème} phase : Analyse statistique des 5 articles sélectionnés</p>	<p>Le risque, pour les adolescentes, de donner naissance à un enfant avec un bas poids de naissance est réduit de 40% lors de la mise en place d'interventions psychosociales. Sur tout lors de la mise en place dans des institutions ou dans les institutions et à domicile en même temps, en individuel et lors de l'implication de la famille.</p> <p>Augmentation statistiquement significative d'en moyenne 200.52 g du poids de naissance pour les bébés nés de mères ayant bénéficiées d'interventions psychosociales.</p> <p>Le risque de naissances prématurées est supposé être diminué de 33% dans le groupe ayant bénéficié des interventions psychosociales, mais ce n'est pas statistiquement significatif ($p=0.26$).</p> <p>Les interventions psychosociales n'influencent pas significativement l'âge gestationnel au moment de la naissance (95% CI : -0.43, 1.02).</p>	<p><u>Forces</u> Recherche d'articles dans différentes bases de données. Recherche effectuée par deux « reviewers » différents.</p> <p>Etudes randomisées et critères de sélection précis permettant d'avoir une réduction des biais et un bon niveau de preuve.</p> <p><u>Limites</u> Bas nombre d'études obtenu. Pas de possibilité d'approfondir les différentes variables et les implications.</p> <p>La moitié des études a un risque élevé de biais d'attrition lié à des données incomplètes en raison de la perte de suivi.</p> <p><u>Impact factor de la revue</u> 1.795 (2016)</p>

The impact of a dedicated antenatal clinic on the obstetric and neonatal outcomes in adolescent pregnant women

Das, S., Dhulkotia, S., Brook, J. & Amu, O. (2009). *Journal of obstetrics and gynaecology*

Objectifs	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Les auteurs veulent comparer les issues obstétricales et néonatales avant et après la mise en place de consultations prénatales dédiées spécifiquement au suivi des adolescentes enceintes.</p> <p>Le projet prévoit le suivi global de la grossesse et du post-partum effectué par une sage-femme attirée. De même, pour tout le suivi, sera nommé un médecin (chef de clinique du département) dans le but de créer un lien de confiance et avoir un suivi de longue durée.</p>	<p><u>Design</u> Etude observationnelle rétrospective, unicentrique</p> <p><u>Echantillon</u> La population d'étude a été définie : 11-17 ans. 132 patientes sur l'année 2001 et 128 en 2004.</p> <p><u>Variabiles</u> Taux d'accouchement prématuré, incidence du bas poids de naissance, taux de travail et d'accouchements spontanés ou provoqués, accouchements instrumentés et césariennes en urgence, taux d'hospitalisation aux soins intensifs des nouveau-nés. Prise et continuité de prise de contraception au post-partum et allaitement maternel</p>	<p><u>Période et lieu de l'étude</u> Royal Oldham Hospital, Grand Manchester en Angleterre entre 2001 et 2004 lors de la création d'un centre spécifique de soins périnataux pour les adolescentes.</p> <p><u>Procédure</u> 1^{ère} phase : récolte des données avant la mise en place du service de soins spécifiques prénataux (2001)</p> <p>2^{ème} phase : Récolte des données 12 mois après la mise en place du service de soins spécifiques prénataux (2004)</p> <p>3^{ème} phase : Comparaison de résultats et analyses statistiques</p>	<p>L'introduction de cette clinique anténatale spécifique montre une participation plus élevée aux consultations prénatales (42%) que dans les institutions communautaires (15%) et les hôpitaux publics (5%).</p> <p>Diminution significative des petits poids de naissance (<2.5 kg) et moins ($p=0.01$)</p> <p>Augmentation de la mise en travail spontanée ($p=0.0009$).</p> <p>Diminution des hospitalisations aux soins intensifs néonataux de 6% mais le résultat n'est pas statistiquement significatif ($p=0.08$).</p> <p>Résultats statistiquement significatifs concernant l'augmentation de 41% de la prise de contraception à long terme chez les adolescentes ($p<0.0001$) et l'augmentation du taux d'allaitement maternel de 18% à 4 semaines post-partum ($p<0.0001$).</p>	<p><u>Forces</u> Mise en évidence d'un effet direct et positif d'une consultation prénatale spécifique et spécialisée pour les adolescentes sur les issues obstétricales et néonatales.</p> <p><u>Limites</u> Non citées par l'auteur.</p> <p><u>Impact factor de la revue</u> 5.064 (2016)</p>

Adolescent motherhood and postpartum depression				
Birkeland, R., Thompson, J.K. & Phares, V. (2005). <i>Journal of clinical child and adolescent psychology</i>				
Objectifs	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Etudier les relations entre différentes variables lors d'une grossesse pendant l'adolescence et l'impact sur la survenue de la dépression : la préoccupation du poids et de la silhouette, les compétences maternelles et le stress parental.</p> <p>Sur la base de ces variables, trouver des facteurs prédictifs de la dépression du post-partum.</p>	<p>Design Etude prospective, quantitative, multicentrique, enquête d'exploration</p> <p>Echantillon 149 adolescentes (15-19 ans) Critères d'inclusion : être enceinte, primipare, comprendre le questionnaire et ne pas faire adopter l'enfant.</p> <p>Variables Préoccupation du poids, image du corps, isolation sociale, compétences maternelles, stress parental</p> <p>Outils d'analyse Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox, Holden & Sagovsky, 1987) Parenting Stress Index- 3th Edition (Abidin, 1995) Eating disorder Inventory (Garner, 1991)</p> <p>Outils statistiques Alpha set pour évaluer la validité de la taille de l'échantillon</p>	<p>Période et lieu de l'étude 2005, en Floride, dans des programmes pour jeunes parents, participation des écoles.</p> <p>Procédure 1^{ère} phase : Prise de contact avec les programmes pour les jeunes parents puis un consentement a été demandé à tous les jeunes parents de >18ans et aux parents de <18 ans.</p> <p>2^{ème} phase : récolte des données et récolte de l'accord des jeunes parents pour être contactés sur le long terme.</p> <p>3^{ème} phase : création de 4 « paquets » avec un ordre différent des mêmes questionnaires et distribution randomisée des paquets.</p> <p>4^{ème} phase : analyse des résultats en différenciant la période 2-6 mois post-partum et 7-12 mois post-partum.</p>	<p>Principaux facteurs prédictifs de la dépression : Isolation sociale ($p < 0.001$), troubles liés au poids/image corporelle ($p = 0.004$), compétences maternelles ($p = 0.047$).</p> <p>La première année post-partum résulte être la plus difficile, indépendamment des origines ethniques. Les difficultés augmentent lorsque les ressources psychologiques et sociales sont limitées.</p>	<p>Forces Le design de l'étude apporte des résultats et engendre des études futures.</p> <p>Limites L'échantillon comprend des adolescentes d'un programme pour jeunes parents auquel elles se sont inscrites volontairement. Elles sont donc possiblement déjà très investies dans la grossesse. Les auteurs ont des doutes concernant la possibilité d'élargir les résultats à toute la population d'adolescentes enceintes.</p> <p>L'utilisation de l'EPDS, échelle créée pour les adultes. Les niveaux sont peut-être différents pour les adolescentes.</p> <p>Certains facteurs, comme par exemple, la relation au père de l'enfant et à ses propres parents, et le caractère de l'enfant n'ont pas été pris en compte alors qu'ils pourraient être mis en relation avec le risque de dépression.</p> <p><u>Impact factor de la revue</u> 4.396 (2016)</p>

7. ANALYSE CRITIQUE DE LA MÉTHODOLOGIE DES ÉTUDES

7.1 La population étudiée

Tous les articles sélectionnés représentent l'échantillon de population recherché par cette revue de la littérature : les adolescentes. Cependant, les tranches d'âge étudiées ne sont pas toujours les mêmes. De manière générale, les données recueillies concernent les adolescentes à partir de 10 ans (Kaplanoglu et al., 2015), alors que dans une étude la limite est plus haute car les données concernent les adolescentes à partir de 15 ans (Birkeland et al., 2005). Cette différence ne pose pas de problème majeur dans cette revue car l'article de Birkeland et al. (2005) traite d'aspects psychosociaux, principalement la dépression, et n'a pas dû être utilisé pour faire une comparaison avec les articles qui évaluent les risques obstétricaux. Ainsi, quatre des articles sélectionnés, dont la méta-analyse avec ses quatre études (moins de 20 ans, sans limite inférieure), ont un échantillon semblable.

Les deux études concernant les issues obstétricales (Kaplanoglu et al., 2015 ; Kawakita et al., 2016), ont séparé leur échantillon en différents groupes d'âge. Cela permet d'analyser en comparaison les résultats et d'émettre des hypothèses de liens cause-effet. Kaplanoglu et al. (2015) apportent un élément nouveau en ce qui concerne le suivi des adolescentes. Selon les auteurs, lors de la prise en charge des jeunes femmes, il ne faudrait pas prendre en compte l'âge chronologique mais plutôt l'âge gynécologique. Celui-ci est calculé en soustrayant l'âge de la ménarche à l'âge au moment de la conception. Cet âge gynécologique représenterait un certain niveau de maturité biologique de la femme. Selon eux, certaines issues, comme par exemple l'accouchement prématuré, sont significativement augmentées pour les adolescentes par rapport aux femmes adultes. Cependant, lorsque la comparaison est faite entre les adolescentes ayant atteint un niveau de maturité biologique (âge gynécologique supérieur à trois ans) et le groupe contrôle (les adultes), les résultats ne montrent plus de différence. La différence se situe donc entre le groupe avec un âge gynécologique inférieur à trois ans et le groupe où l'âge gynécologique est atteint ainsi que le groupe contrôle. Avec ces comparaisons, les auteurs veulent montrer que les jeunes ayant atteint la maturité biologique n'ont pas des grossesses plus à risque qu'une femme adulte. Ainsi selon Kaplanoglu et al. (2015), il faut prendre en compte cet âge gynécologique pour évaluer les risques obstétricaux.

7.1.1 *Population représentative de la population suisse*

La plupart des études explicitent clairement les critères d'inclusion, qui sont principalement : grossesse unique, femme adolescente et primipare (Birkeland et al., 2005 ; Kaplanoglu et al., 2015 ; Kawakita et al., 2016). Chaque étude a aussi ses propres critères, comme par exemple : pas d'antécédents chirurgicaux ou de pathologies chez la future mère (Kaplanoglu et al., 2015) ou pas d'anomalie chez le fœtus (Kawakita et al., 2016). Ces critères de sélection énoncés permettent donc de connaître les caractéristiques de l'échantillon, d'en évaluer la concordance et un élargissement à la population suisse.

En ce qui concerne la méta-analyse de Sukhato et al. (2015), les auteurs ont sélectionné leurs quatre études de manière claire et explicite, ce qui donne ainsi la possibilité de pouvoir l'utiliser à des fins de comparaison avec d'autres études.

L'étude observationnelle rétrospective de Das et al. (2007) ne référence malheureusement pas clairement les critères de sélection et il est difficile de savoir si la population étudiée est représentative de la population recherchée (biais de sélection). Cependant, même si les critères ne sont pas connus, le but de l'instauration de la consultation spécialisée est bien décrit et peut être repris pour répondre à la question de recherche de cette revue de la littérature « La grossesse des adolescentes : quel modèle de suivi adéquat ? ».

Deux études ont été menées aux Etats-Unis (Birkeland et al., 2005 ; Kawakita et al., 2016). La méta-analyse (Sukhato et al., 2015) a été menée en Thaïlande, mais les études qui ont été sélectionnées proviennent également des Etats-Unis et une étude d'Amérique Latine. Les critères de sélection sont applicables à la population suisse, cependant la généralisation est difficile car les adolescentes sont, pour la plupart, en situation de précarité. Les conditions de vie, même si non identiques, sont, dans les deux pays, celles d'un pays développé. La grande différence est l'accès aux soins. Aux USA, cet accès peut être très difficile pour une jeune femme qui n'a pas de moyens (comme cela peut aussi l'être pour une femme adulte). Les frais de grossesse coûtent cher et beaucoup de personnes ne peuvent pas se payer d'assurance maladie (French District, 2018). En raison de cette complexité d'accès aux soins aux USA, il existe des programmes de prévention et d'aide aux jeunes mères (United States Department of Agriculture [USDA], 2018). Aucune des différentes études ne mentionne cela dans leurs critères de sélection. Il y a donc une complexité d'évaluation concernant la possibilité d'élargir les résultats à la population suisse car il y a une multitude de variables qui ne sont pas clairement connues concernant la réalité de chaque pays et des patientes présentes dans les échantillons. Il

ne faut également pas oublier les problèmes de santé publique répandus aux USA, comme l'obésité, le surpoids et les maladies chroniques, déjà présentes en jeune âge. Cette réalité diffère par rapport à la Suisse (Centre de recherche et d'information nutritionnelles [CERIN], 2016). Pour ces différentes raisons, l'extrapolation des résultats à la population suisse sera faite avec prudence.

7.1.2 *Légitimité des auteurs*

Dans l'étude de Das et al. (2007), les biographies des auteurs sont difficilement trouvables. A priori, ils seraient médecins/gynécologues, en tout cas S. Das l'est (Bupa, 2015), et ils travaillent tous dans le département d'obstétrique et de gynécologie du Royal Oldham hôpital à Manchester. Cette position permettrait de dire qu'ils sont compétents pour réaliser une telle étude.

Les quatre autres études sont réalisées par des auteurs également qualifiés par rapport à leur profession. Tous les auteurs travaillent dans le domaine de la médecine et surtout dans le département de gynécologie-obstétrique. La plupart sont médecins et parfois même professeurs (Birkeland et al., 2005 ; Kaplanoglu et al., 2015 ; Kawakita et al., 2016 ; Sukhato et al., 2015), c'est-à-dire des personnes travaillant dans la recherche et ayant développé des compétences dans ce domaine. D'autres auteurs sont spécialistes dans l'analyse statistique pour la recherche médicale, par exemple, A. Thakkinstian chez Sukhato et al. (2015), ou C.-C. Huang chez Kawakita et al. (2016), ce qui rend les statistiques des études valables.

Selon le thème de l'étude, les domaines de compétences des auteurs sont différents. L'étude de Birkeland et al. (2005) traite de la dépression et R. Birkland est psychiatre, J.K. Thompson a un doctorat en psychologie et V. Pharesqui est professeur spécialisée dans l'adolescence, l'enfance, la famille et leurs interactions (University of South Florida [USF], 2015).

Le fait qu'ils soient tous médecins peut apporter un biais d'interprétation des résultats, par rapport à une vision purement médicale du sujet. La présence d'autres professionnels de la santé, en lien direct avec la maternité comme des sages-femmes, pourrait apporter un regard différent, critique et complémentaire sur l'étude. Dans le même ordre d'idée, pour l'étude de Birkeland et al. (2005), il aurait été intéressant d'avoir également un obstétricien.

7.2 Types d'études et méthodologie

Les cinq études analysées présentent différents types de méthodes, car il a fallu trouver des articles qui couvrent la question de recherche dans son entier et sous différents

aspects. Selon les issues à analyser et les résultats à obtenir, certaines méthodologies se sont révélées plus appropriées que d'autres. Cette diversité apporte une richesse de résultats, avec des thématiques et des variables communes, mais aussi un certain nombre de résultats isolés. Ceux-ci sont indispensables pour répondre à la question de recherche, mais plus compliqués à intégrer dans l'analyse critique.

Les études rétrospectives sont représentées en majorité. Ce type d'étude permet d'identifier les facteurs de risque ou les facteurs protecteurs d'un comportement ou d'une situation. Dans ce travail, le facteur de risque est d'être une femme entre 10 et 20 ans enceinte. Ce type d'étude a été choisi malgré le fait qu'elles ont une puissance statistique moindre et qu'elles sont souvent caractérisées par de nombreux biais, car les études rétrospectives élaborent et interprètent les résultats à la suite de récoltes de données déjà existantes. Elles ont la qualité d'avoir, la plupart du temps, un grand nombre de données et de larges échantillons. Par exemple, chez Kawakita et al. (2016), les données ont été récoltées sur six ans et dans divers centres hospitaliers aux USA, ce qui leur a permis d'avoir un large échantillon d'analyse. Le fait d'avoir pris des données sur une longue durée amène toutefois le risque qu'un changement de pratique soit intervenu entretemps dans l'un des centres (Kawakita et al., 2016). De plus, avec ces larges échantillons, il est difficile de faire des liens de cause à effets prouvés car les données sont déjà existantes. Les chercheurs ne peuvent donc pas approfondir les données ou faire des recherches ultérieures, par exemple au niveau du dossier médical pour mieux les interpréter. Ainsi, les possibles liens sont plutôt des hypothèses car le risque de faire des liens inappropriés par la présence de facteurs de confusion (par exemple la consommation d'alcool ou le niveau de socio-économique) reste présent. Néanmoins, les auteurs des différentes études utilisent de nombreuses notions basées sur des connaissances biophysiques déjà connues. Grâce à cela, le raisonnement critique et l'approfondissement des recherches pour mieux comprendre les résultats, par rapport à ce qui a été dit par les auteurs, est possible. Les auteurs des études ont procédé à des analyses des facteurs de confusion pour réduire les biais de l'étude. Par exemple, les ajustements statistiques font une standardisation des données pour réduire les biais de confusion, c'est-à-dire le risque de faire des liens avec des issues différentes et incompatibles.

Une étude multicentrique est un avantage pour un meilleur élargissement à la population générale mais présente un risque de biais par rapport aux pratiques des différents centres. Kawakita et al. (2016) ont fait standardiser leurs données après les avoir récoltées. Il est probable que les biais par rapport à des pratiques divergentes soient donc moindres.

Kaplanoglu et al. (2015) ont récolté des données sur un an dans un centre en Turquie. L'échantillon est donc moins large ; cependant, ils savent exactement quelles sont les prises en charge du centre et la manière dont sont constitués les dossiers des patientes. Leurs résultats ne présentent pas de biais significatifs.

Une méta-analyse (Sukhato et al., 2015) a également été sélectionnée pour ce travail. Le but d'une méta-analyse est de réunir une grande quantité de données, issues de plusieurs études sélectionnées suite à une revue de la littérature, et d'en combiner les résultats. Les auteurs nomment leurs critères de sélection et définissent les variables de façon précise et sélective, ce qui permet de donner de la valeur à leur étude. Malgré cela, la définition des interventions psychosociales aurait pu être encore plus précise. Effectivement, ces interventions peuvent différer d'une étude à une autre, ce qui peut être problématique pour l'interprétation des résultats. Dans cette étude, les auteurs énoncent peu de biais dans leur sélection d'études. Le principal étant les données incomplètes dans certaines en raison d'une perte de suivi, il s'agit d'un biais d'attrition (Sukhato et al., 2015). Afin de mieux pouvoir interpréter cette méta-analyse, ses articles ont également été recherchés et analysés.

Parmi les cinq études, celle de Birkeland et al. (2005) est une étude prospective, c'est-à-dire que les auteurs ont eux-mêmes produit des données à la suite d'une enquête. Un aspect intéressant de leur méthodologie concerne la manière dont la distribution des sondages a été faite. Les quatre formulaires ont été mis dans des enveloppes dans un ordre différent ; au total quatre séquences de sondage ont été construites dans le but de réduire le risque d'influencer les réponses selon l'ordre, ce qui représenterait un biais de subjectivité des observateurs (risquer de suggérer des réponses selon la manière dont sont données les informations).

Lors de l'interprétation des résultats, une attention particulière sera portée au biais de déclaration. Celui-ci correspond au fait que les personnes interrogées sur des sujets sensibles pourraient orienter, inconsciemment, leurs réponses selon ce qui pourrait être attendu par des normes sociales. La grossesse à l'adolescence étant encore un tabou dans certaines sociétés, ce biais ne peut pas être exclu complètement.

8. ANALYSE CRITIQUE DES RÉSULTATS DES ÉTUDES

8.1 Poids de naissance

Concernant le poids de naissance des bébés nés d'adolescentes, la plupart des articles sélectionnés tendent à dire que celui-ci est diminué (Das et al., 2007 ; Kaplanoglu et al.,

2015 ; Sukhato et al., 2015). Tous les articles comparent le poids à la naissance et font également des statistiques sur les petits (<2.5 kg) ou les très bas (<1.5 kg) poids de naissance.

Selon Kaplanoglu et al. (2015), la différence est statistiquement significative ($p < 0.001$) lors de la comparaison du poids de naissance entre tous les groupes. Ces derniers sont créés selon leur âge gynécologique, l'un avec un âge inférieur à trois ans et l'autre avec un âge supérieur, ainsi que le groupe contrôle d'adultes. Lors de la comparaison plus spécifique, entre les jeunes ayant un âge gynécologique de moins de trois ans et celles ayant un âge gynécologique supérieur à trois ans la différence est significative, tout comme lors de la comparaison avec le groupe contrôle. Cependant, lors de la comparaison entre le groupe contrôle et le groupe dont l'âge gynécologique est de plus de trois ans, la différence n'est plus significative ($p = 0.950$). Cela met en avant qu'une différence statistiquement significative n'est pas trouvée pour toutes les adolescentes, mais uniquement celles avec un âge gynécologique bas. Lors de la comparaison de tous les groupes, ce sont donc également ces adolescentes qui influencent le résultat statistiquement positif. Les auteurs démontrent donc que la maturité biologique diminuerait le risque de donner naissance à des enfants avec un bas poids de naissance. Selon Sukhato et al. (2015), la mise en place d'interventions psychosociales durant le suivi de la grossesse a un impact sur le poids de naissance. Il permettrait d'augmenter en moyenne de 200.63 g le poids des bébés, soit de 21.02 g à 380.25 g. Cette très large fourchette est expliquée par des résultats hétérogènes de la méta-analyse ($I^2 = 66.8\%$). Malgré cette large fourchette, il ne faut pas négliger l'impact positif de ces interventions. Un poids de naissance plus élevé est un facteur influençant l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine et sa santé ; d'autant plus lorsqu'il s'agit d'enfants prématurés, il est connu que plus le poids est élevé, meilleures sont les chances de survie (Tyson, Parikh, Langer, Green & Higgins, 2008).

8.1.1 *Petit poids de naissance (<2.5 kg) et très bas poids (<1.5 kg)*

Lors de l'analyse des petits poids de naissance (<2.5 kg), des résultats contradictoires sont trouvés. Selon Kaplanoglu et al. (2015), la différence est statistiquement significative pour le groupe d'âge gynécologique inférieur à trois ans comme vu ci-dessus.

Selon Kawakita et al. (2016) les adolescentes de 15.9 ans et moins ont un risque moins élevé de bas poids de naissance (OR=0.82 ; CI : 0.63–1.08) et de très bas poids (OR=0.46 ; CI : 0.18–1.16) par rapport au groupe contrôle et comparé aux adolescentes entre 16 et 19.9 ans (OR=1.04 ; CI : 0.94–1.15) (OR=1.28 ; CI : 0.92–1.78) ; cependant les résultats ne sont pas statistiquement significatifs. Une analyse plus approfondie

s'impose car ces résultats sont contradictoires par rapport à ceux obtenus par Kaplanoglu et al. (2015). Comme décrit auparavant, selon Kaplanoglu et al. (2015), plus les adolescentes sont jeunes moins il est probable qu'elles aient atteint la maturité biologique et elles seraient donc plus à risque d'avoir des enfants ayant un petit poids de naissance. Les deux études présentent une représentativité possible et des hypothèses d'interprétation de ces résultats seront développées.

8.1.2 *Petit poids et suivi prénatal*

Les deux études offrant une prise en charge spécifique durant la grossesse mettent en évidence une diminution du risque d'avoir un bébé avec un petit poids de naissance. Selon Das et al. (2007), la mise en place d'une consultation spécialisée pour adolescentes apporte une diminution significative des bas poids de naissance ($p=0.01$). Le risque est aussi significativement réduit, 40%, lorsque des interventions psychosociales sont mises en place pendant la grossesse (OR=0.60 ; CI : 0.38–0.92) (Sukhato et al., 2015).

8.2 Âge gestationnel à la naissance et accouchement prématuré

8.2.1 *Âge gestationnel*

La plupart des auteurs ont analysé la différence de l'âge gestationnel à la naissance et le risque d'accouchement prématuré. De manière générale, ils arrivent tous à la conclusion que l'adolescente est plus à risque d'accoucher prématurément.

L'étude de Kaplanoglu et al. (2015) apporte des résultats statistiquement significatifs sur l'âge gestationnel au moment de la naissance, lors de la comparaison de tous les groupes d'âge ($p<0.001$). Les adolescentes avec un âge gynécologique de moins de trois ans sont plus à risque de ne pas accoucher à terme, en comparaison avec les adolescentes avec un âge gynécologique supérieur à trois ans ($p<0.001$) et les adultes ($p<0.001$). La mise en place d'interventions psychosociales permet une augmentation de 0.293 semaines de la durée de la gestation. Cette augmentation est très légère et le résultat n'est pas statistiquement significatif (CI: -0.43–1.02) (Sukhato et al., 2015). Afin de mieux comprendre ces résultats, une recherche approfondie a été effectuée en analysant les deux articles de la méta-analyse qui ont exploré cette issue. Selon Nguyen, Carson, Parris et Place (2003), avec des visites à domicile très régulières par une personnes qualifiées, l'augmentation du nombre de semaines n'est pas significative puisque la moyenne est de 38.92 pour le groupe contrôle contre 38.88 pour le groupe avec intervention. Cependant, en regardant l'intervalle, le groupe contrôle se situe entre 21 et 42 SA et le groupe intervention entre 27 et 41 SA. Les interventions durant la grossesse augmentent ainsi la

fourchette basse des semaines et réduisent la naissance d'enfants grand-prématurés. Dans l'étude de Olds, Henderson, Tatelbaum et Chamberlin (1986), une légère augmentation est trouvée pour les adolescentes de 14-16 ans lors de la mise en place de visites à domicile d'une infirmière, avec une durée moyenne de la grossesse de 40.41 SA versus 39.71 SA pour le groupe contrôle. L'augmentation est variable, entre 0.70 semaines et 1.49 semaines, mais toujours positive, ce qui montre qu'il y a de toute manière un effet bénéfique, même minime. Même si le résultat n'est pas significatif, il est important de remarquer l'augmentation de quelques jours de la gestation, notamment lorsqu'il s'agit d'accouchements prématurés. Ces quelques jours peuvent s'avérer déterminants pour la santé de l'enfant à court et long terme, tant le développement in utéro est important.

8.2.2 *Accouchement prématuré*

Un résultat similaire d'accouchement prématuré est démontré lors de la comparaison d'âge gestationnel de moins de 37 SA entre les adolescentes avec un âge gynécologique de trois ans et moins et le groupe contrôle ($p=0.004$) (Kaplanoglu et al., 2015). Cependant, en comparant le groupe d'adolescentes de plus de trois ans d'âge gynécologique avec celles d'un âge de trois ans et moins, les résultats ne sont pas statistiquement significatifs ($p=0.116$) (Kaplanoglu et al., 2015). L'hypothèse par rapport à ce résultat est que le risque n'est pas significativement différent car un grand nombre d'entre elles ont un âge gynécologique proche. Au contraire, la comparaison entre le groupe contrôle et le groupe d'âge gynécologique de trois ans et moins met en évidence un plus grand écart d'âge gynécologique, d'où la différence. Kawakita et al. (2016) trouve des résultats similaires avec un risque augmenté d'accouchement avant 37 SA chez les filles ayant 15.9 ans et moins (OR=1.36 ; CI : 1.14–1.62), et un peu moins élevé mais quand-même statistiquement significatif chez celles âgées de 16-19.9 ans (OR=1.16 ; CI : 1.08–1.25). Une analogie des deux études peut être faite : dans l'étude de Kawakita et al. (2016) ce sont les très jeunes adolescentes qui sont plus à risque ; ce sont probablement également celles avec un âge gynécologique plus bas.

En ce qui concerne les interventions de prise en charge entreprises durant la grossesse de ces jeunes femmes, selon Sukhato et al. (2015) il y a une petite diminution d'accouchements à moins de 37 SA (OR=0.67 ; CI : 0.42–1.05), mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif. Lors de la mise en place d'une clinique prénatale spécialisée, il y a une diminution du pourcentage de 5 à 2% des accouchements entre 34 et 36 SA mais qui n'est pas non plus statistiquement significative (Das et al., 2007).

Ainsi, toutes les études tendent à dire que les adolescentes sont plus à risque d'accouchement prématuré, ou en tout cas, tant qu'elles n'ont pas atteint une certaine maturité biologique.

8.3 Mode d'accouchement

Plusieurs des études sélectionnées ont analysé le mode d'accouchement selon l'âge au moment de la naissance et l'impact d'interventions durant la grossesse sur celui-ci. De manière générale, les adolescentes sont plus susceptibles d'accoucher spontanément par voie basse.

8.3.1 *Accouchement par voie basse*

Les résultats sont statistiquement significatifs dans l'étude de Kawakita et al. (2016), mettant en évidence une augmentation des AVB spontanés pour les adolescentes : 77.8% si moins de 15.9 ans et 72.2% pour les filles âgées de 16-19.9 ans. Le deuxième article prenant en compte les risques obstétricaux ne met pas en évidence une différence significative ($p=0.350$) concernant le mode d'accouchement (Kaplanoglu et al., 2015). Cependant, les résultats vont dans la même direction que le premier. Cette différence reste non significative lorsque l'analyse est effectuée selon les groupes d'âge gynécologique ($p=0.563$). Les adolescentes accouchent plus souvent par voie basse : 79.2% si l'âge gynécologique est inférieur à trois ans et 81.1% s'il est de plus de trois ans, alors que les femmes adultes ont un taux d'AVB de 76.2%.

Les deux études vont donc dans une direction similaire : les adolescentes sont plus susceptibles d'accoucher par voie basse. Cependant, dans l'étude de Kawakita et al. (2016), ce sont les très jeunes (<15.9 ans) qui ont le plus de chance d'accoucher par voie basse alors que chez Kaplanoglu et al. (2015) ce sont les adolescentes avec un âge gynécologique supérieur à trois ans, même si la différence n'est pas grande (1.9%). La comparaison n'est pas exacte, car l'âge gynécologique des jeunes de Kawakita et al. (2016) n'est pas connu, mais probablement que les adolescentes de moins de 15.9 ans ont moins de chance d'avoir déjà atteint la maturité biologique.

L'étude de Das et al. (2007) présente des résultats statistiquement significatifs, montrant une différence par rapport à la mise en place de soins personnalisés en période prénatale pour la mise en travail spontanée. Celle-ci a augmenté de 39% ($p=0.0009$), montrant une efficacité de la mise en place des interventions pour favoriser les accouchements physiologiques. Das et al. (2007) démontrent l'importance d'un suivi de grossesse effectué par une sage-femme pour favoriser la physiologie de l'accouchement, en commençant par la mise en travail. Une attention particulière est à porter lors de la lecture

de l'article de Das et al. (2007) ; en effet dans le chapitre décrivant les résultats les auteurs disent qu'il y a une augmentation statistiquement significative de mise en travail spontanée et d'AVB spontané, cependant le tableau de résultats décrit que cette valeur p appartient uniquement à l'issue « mise en travail spontanée ». La conclusion des auteurs de lier dans leurs résultats cette valeur statistiquement significative aux accouchements par voie basse spontanés, paraît hâtive.

Concernant les accouchements par voie basse instrumentés, aucun résultat significatif n'est ressorti chez Kawakita et al (2016). Les adolescentes plus âgées (16-19.9 ans) ont un OR=0.99 (CI : 0.91–1.08) et les adolescentes plus jeunes (15.9 ans ou moins) ont un OR=1.05 (CI : 0.84–1.33) par rapport au groupe contrôle d'adultes. Les études de Kaplanoglu et al. (2015) et de Das et al. (2007) ne mettent pas en évidence des résultats concernant les accouchements instrumentés.

8.3.2 *Accouchement par césarienne*

Selon Kaplanoglu et al. (2015), les adultes sont plus susceptibles d'accoucher par césarienne (23.8%). Les jeunes ayant un âge gynécologique inférieur à trois ans ont un taux d'accouchement par césarienne de 20.8% et celles ayant atteint la maturité biologique de 18.9%. De manière globale, la différence entre les groupes est faible. L'étude de Kawakita et al. (2016) montre que les jeunes de moins de 15.9 ans sont moins à risque d'accoucher par césarienne (OR=0.49 ; CI : 0.42-0.59) par rapport aux adultes. Cette différence est également significative en comparant les adolescentes de 16-19.9 ans avec le groupe contrôle en défaveur d'une césarienne (OR=0.75 ; CI : 0.71-0.79) (Kawakita et al., 2016).

Dans l'étude de Das et al. (2007), la différence n'est pas statistiquement significative concernant le nombre de césariennes en urgence (valeur p absente). Toutefois, comme la prise en soins personnalisée par une sage-femme a permis d'augmenter le pourcentage de mise en travail spontanée probablement que le taux de césarienne a été diminué.

8.4 Rupture prématurée des membranes

La définition de la rupture prématurée des membranes n'est pas identique dans les différentes études. Kaplanoglu et al. (2015) définissent la RPM comme la rupture avant le début du travail alors que Kawakita et al. (2016) donnent comme définition de RPM la rupture avant 37 SA.

Kaplanoglu et al. (2015) mettent en évidence une différence statistiquement significative ($p=0.019$) concernant la RPM. Elle surviendrait plus souvent ($p=0.005$), chez les

adolescentes ayant un âge gynécologique de trois ans et moins par rapport au groupe contrôle. La différence n'est pas statistiquement significative ($p=0.162$) lorsqu'il s'agit des jeunes ayant un âge gynécologique de plus de trois ans par rapport aux adultes. Cependant l'étude montre une différence de pourcentage de 1.4% avec une fréquence prépondérante pour les adolescentes. Au niveau des deux groupes d'adolescentes, séparées selon l'âge gynécologique, il n'y a pas de différence significative ($p=0.203$).

Selon Kawakita et al. (2016) l'incidence de la RPM n'est pas statistiquement significative et les pourcentages ne montrent pas de différence importante.

Les adolescentes âgées de 15.9 ans et les adolescentes entre 16-19.9 ans ont respectivement un OR=0.85 (CI : 0.57-1.28) et OR=0.93 (CI : 0.80-1.09) de RPM par rapport aux adultes.

Les études avec des propositions d'interventions n'ont pas de résultats concernant la RPM.

8.5 Pathologies de la grossesse

Les deux études analysant les issues de la grossesse chez les adolescentes ont exploré aussi la survenue de pathologies de la grossesse.

Un nombre plus élevé d'adolescentes ayant un âge gynécologique de trois ans et moins a été atteint de pré-eclampsie (PE), cependant le résultat n'est pas statistiquement significatif (Kaplanoglu et al., 2015). Selon Kawakita et al. (2016) les adolescentes de moins de 15.9 ans sont plus à risque d'être atteintes de PE (OR=1.44 ; CI : 1.17-1.77) par rapport aux adultes, cependant il n'y a pas de différence significative (OR=1.06 ; CI : 0.98–1.16) avec le groupe d'adolescentes plus âgées.

Kawakita et al. (2016) ont mis en évidence que les jeunes adolescentes sont plus à risque, par rapport aux adultes (OR=1.46 ; CI : 1.10–1.95) d'avoir une hémorragie du post-partum ; ce résultat est statistiquement significatif. Le résultat n'est cependant pas statistiquement significatif si la comparaison est faite avec le groupe d'adolescentes plus âgées (OR=1.10 ; CI : 0.98-1.24). Selon Kaplanoglu et al. (2015), les filles ayant un âge gynécologique de trois ans et moins présentent un pourcentage plus élevé d'hémorragie du post-partum (+2.3%) mais ce n'est pas statistiquement significatif ($p=0.790$).

Selon Kawakita et al. (2016) il n'y a pas de résultat statistiquement significatif concernant la survenue du diabète gestationnel ($p<0.1$), néanmoins les jeunes adolescentes ont un pourcentage moindre d'incidence (-1.76%) par rapport au groupe contrôle. Selon Kaplanoglu et al. (2015), il n'y a pas de différence dans le taux de survenue du diabète gestationnel lors de la comparaison entre tous les groupes ($p=0.996$).

Globalement, concernant les issues obstétricales et néonatales, les études n'ont pas assez évalué les habitudes de vie des adolescentes, par exemple le rôle des addictions dans cette tranche d'âge. Cela pourrait influencer les issues à court et long terme, pendant la grossesse comme pendant la période du post-partum.

8.6 Post-partum

8.6.1 *Allaitement et contraception*

La prise en charge globale de la femme se poursuit pendant la période du post-partum. C'est à ce moment-là que peuvent se mettre en place des actions de prévention importantes pour la mère ainsi que pour l'enfant.

Premièrement, Das et al. (2007) ont évalué l'impact de la mise en place de consultations spécifiques et personnalisées pour les mères adolescentes sur l'allaitement. Grâce à ces consultations, il y a eu une augmentation de 18% ($p < 0.0001$) de jeunes adolescentes allaitant à quatre semaines post-partum. Cette augmentation est donc visible chez les jeunes femmes qui ont bénéficié d'un suivi post-partum effectué par une sage-femme de référence. Celle-ci aura suivi la jeune maman pendant la grossesse et également pendant la période du post-partum. L'étude montre donc des effets favorables de la prise en charge psychosociale sur l'allaitement à quatre semaines post-partum. Il serait toutefois intéressant de mieux connaître les résultats sur le long terme, une fois que les premières difficultés d'allaitement sont surmontées et que l'allaitement est mis en place. Il serait également intéressant de connaître par quel type d'interventions et enseignements spécifiques, les sages-femmes de référence ont pu augmenter le taux d'allaitement maternel afin que cela puisse être reproduit ultérieurement.

L'étude a aussi mis en évidence qu'une prise en soins personnalisée a permis d'augmenter de 41% ($p < 0.0001$) la prise d'une contraception à long terme. Cependant, le type de suivi et d'interventions proposés aux jeunes femmes, ainsi que la contraception, ne sont pas explicités.

8.6.2 *Dépression*

L'étude de Birkeland et al. (2005) expose la problématique de la dépression post-partum chez les adolescentes. L'étude met en évidence les facteurs prédictifs de la dépression du post-partum, stimulant ainsi la réflexion autour de la prévention et la prise en charge.

Les trois facteurs prédictifs principaux, ayant des résultats statistiquement significatifs, sont: l'isolement social ($p < 0.001$), les troubles liés au poids et l'image corporelle ($p = 0.004$) et les compétences maternelles ($p = 0.047$) (Birkeland et al., 2005).

La période la plus sensible et vulnérable pour la dépression du post-partum est la première année après l'accouchement (Birkeland et al., 2005). Peu importe l'échelle utilisée, par exemple l'EPDS, la survenue de la dépression post-partum est indépendante de l'origine ethnique ($p=0.989$) ; dans cette étude : caucasienne, afro-américaine, hispanique, asiatique et autre (Birkeland et al., 2005).

Cette étude effectue la récolte des données à différentes périodes post-partum, permettant d'évaluer l'incidence de la dépression à court, moyen et long terme. Cet aspect est très intéressant car au fur et à mesure que les mois passent les difficultés rencontrées par les mamans évoluent, l'enfant se développe et les relations changent.

Concernant l'évaluation de la dépression, l'étude utilise l'échelle EPDS (Cox et al., 1987). Les auteurs soulignent le fait que le questionnaire de cette échelle a été construit et adapté à une population d'adultes. Il se pourrait donc qu'il ne soit pas adapté pour évaluer la survenue de la dépression chez les femmes plus jeunes (Birkeland et al., 2005). Cette critique, faite par les auteurs, est pertinente et soulève une nouvelle question : « quel outil utiliser pour évaluer la dépression post-partum chez les adolescentes ? ». Il faudrait se questionner sur les caractéristiques de la dépression chez les jeunes afin de voir si la différence est notable dans le dépistage au post-partum. Pour évaluer le sentiment de compétence, l'étude a utilisé une échelle prenant en compte de nombreux aspects liés à la parentalité et la situation sociale. Ceux-ci peuvent être source de stress et ainsi diminuer le sentiment de compétence. Dans cette étude il n'a pas été spécifié si cette échelle est adaptée aux jeunes, il faudrait donc être attentif aux problématiques propres des adolescents afin d'analyser les résultats de façon méticuleuse et correcte. Les jeunes adolescentes pourraient vivre le stress parental et interpréter les événements perçus comme stressants différemment des adultes.

9. DISCUSSION

La discussion va se pencher de manière plus approfondie sur les résultats de la revue de la littérature afin de soulever de nouvelles hypothèses et d'affirmer ou d'infirmer les résultats en les appuyant avec d'autres études scientifiques.

9.1 Prématuration et poids de naissance

Les premiers résultats concernent le poids de naissance des bébés d'adolescentes, séparé en « petit » et « très petit » poids de naissance. La problématique du bas poids de naissance de ces enfants est mise en évidence dans plusieurs études, cependant rarement statistiquement significative. Selon Kaplanoglu et al. (2015), la population plus

à risque serait composée par les filles les plus jeunes. Ce risque serait expliqué par l'immaturité biologique ; en effet, le corps, lors de la ménarche, est encore en phase de développement durant environ deux ans jusqu'à ce que la régulation hormonale soit équilibrée (Marieb & Hoehn, 2010, p. 1236). Cependant, comme mentionné dans l'analyse des résultats, Kawakita et al. (2016) parviennent à des résultats contradictoires : les plus jeunes ne sont pas plus à risque. Y a-t-il donc vraiment un risque pour les plus jeunes adolescentes ? D'autres études (Torvie et al., 2015 ; Gupta, Kiran & Bhal, 2008) vont dans la même direction que Kaplanoglu et al. (2015), ils concluent aussi que les plus jeunes adolescentes sont plus à risque de donner naissance à des enfants avec un bas poids de naissance. Ils expliquent ceci par des facteurs biologiques intrinsèques ainsi qu'environnementaux (Chen et al., 2007 cité par Torvie et al., 2015).

Concernant la prématurité, les résultats ne montrent pas non plus toujours des différences statistiquement significatives, tous âges d'adolescentes confondus. Cependant, selon les études, ce sont les plus jeunes filles qui ont un risque augmenté de prématurité (Kaplanoglu et al., 2015 ; Torvie et al., 2015; Kawakita et al., 2016). Comme chaque jour de développement in utéro est très important, même une augmentation minimale pourrait avoir un impact important sur la prise de poids de l'enfant et par la suite son développement psychomoteur.

9.1.1 1^{ère} hypothèse

Pour essayer de mieux comprendre ces phénomènes, des approfondissements ont été faits sur l'immaturité biologique avec l'étude de Brosens et al. (2017). Elle décrit la physiologie du développement de l'appareil génital féminin et donc son aptitude à procréer. Pendant la puberté, les tissus constituant l'utérus présentent une disproportion du niveau de développement entre le col de l'utérus et l'endomètre / myomètre (Brosens et al. 2017). Autour de la ménarche, la sécrétion d'hormones et la réponse utérine à ces derniers, ne sont pas coordonnées. Une grossesse est donc source de stress et le corps peut réagir en libérant des médiateurs inflammatoires pouvant causer un accouchement prématuré (Brosens et al., 2017).

De plus, pendant l'adolescence, l'implantation de la grossesse se fait sur un utérus immature. Ainsi, par rapport aux explications ci-dessus, des hypothèses peuvent être émises concernant les apports nutritifs amenés par un placenta implanté sur des tissus qui ne sont pas encore matures. Au fur et à mesure que le temps passe, en s'éloignant de la ménarche, la physiologie hormonale est couplée au fonctionnement utérin et donc la grossesse se développe dans un corps ayant les caractéristiques adultes. C'est pourquoi la notion de maturité gynécologique (Kaplanoglu et al., 2015) est intéressante.

Il faudrait au minimum deux ans, après la ménarche, pour que l'appareil génital féminin ainsi que la structure du bassin atteignent leur maturité. L'interprétation des résultats doit toutefois être faite avec prudence car une limite d'âge de trois ans a été posée de manière arbitraire dans l'étude de Kaplanoglu et al. (2015).

9.1.2 2^{ème} hypothèse

Au cours de l'adolescence, un rôle très important est accordé à l'image corporelle (Birkeland et al., 2005), il peut donc en découler des comportements à risque comme des troubles alimentaires et un mauvais apport nutritif. Ces mauvaises habitudes alimentaires peuvent causer une faible prise de poids du fœtus ou des problèmes de développement (Chen et al., 2007). C'est pour cette raison que la société canadienne de gynécologie et d'obstétrique recommande, pour toute adolescente enceinte, la promotion d'une alimentation correcte ainsi que des suppléments de nutriments selon les besoins (Fleming, O'Driscoll, Becker & Spitzer, 2015). Il est question dans ce chapitre de petits poids de naissance et donc d'une prise de poids généralement trop faible par la future mère. Celle-ci s'inscrit en contradiction avec la problématique actuelle de santé publique qu'est l'obésité. La prise de poids inadaptée, due à une mauvaise hygiène alimentaire chez les jeunes, pourrait engendrer de nouvelles complications lors de la grossesse d'adolescentes. Des études ultérieures seraient à mener concernant les problématiques liées à l'obésité et le diabète gestationnel.

Le département de prévention et promotion de la santé d'Angleterre met l'accent sur l'éducation nutritionnelle des jeunes ainsi que sur les addictions, notamment la consommation de tabac et d'alcool (Great Britain & Department for Children, 2008). Le rôle des substances addictives pendant l'adolescence est particulièrement sensible. Différentes raisons peuvent mener à une consommation : une faible estime de soi, une timidité, mais aussi des influenceurs environnementaux, tels que les pairs (Bantuelle & Demeulemeester, 2008, pp. 56-57). Les substances ont une connotation d'intégration au groupe, c'est l'âge des « premières fois ». La prévention est donc très importante au vu des conséquences que ces substances peuvent avoir sur la grossesse. Une telle consommation, l'influence de certains pairs ou le regard de certains hommes attirés par l'apparence physique de la jeune femme, peut mener à des comportements sexuels à risque (Müller & Le Breton, 2015 ; Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Par exemple, des partenaires multiples et le manque d'utilisation du préservatif, avec le risque d'infection (Bantuelle & Demeulemeester, 2008, p. 48) qui peut amener à un accouchement prématuré (Marpeau, 2010, pp. 183-184).

Avec ces différentes hypothèses, il paraît probable que les plus jeunes femmes, ayant une immaturité biologique et peut-être des comportements plus à risque, soient plus susceptibles de donner naissance à des bébés avec un plus petit poids de naissance ou de manière prématurée, comme énoncé par l'étude de Kaplanoglu et al. (2015).

Les résultats contradictoires trouvés par Kawakita et al. (2016) ne peuvent toutefois être écartés. Ils montrent que la problématique n'est pas si claire et que la limite d'âge à risque peut être floue. Autour de la grossesse d'une adolescente, une multitude de facteurs jouent un rôle.

9.2 Mode d'accouchement et RPM

En ce qui concerne la mise en travail, le mode d'accouchement et la RPM, les résultats sont contradictoires et peu clairs. Concernant la RPM, les définitions ne sont pas identiques et donc difficilement comparables. De manière générale, il faut quand-même valoriser la place de la sage-femme au moment de l'accouchement pour favoriser la physiologie et essayer d'instaurer là où les situations sont complexes ou pathologiques. De plus, la sage-femme favorise la collaboration interdisciplinaire et donc le suivi de la femme sous tous les axes bio-psycho-sociaux (FSSF, 2017). Les professionnels, en connaissant les risques présents lors d'une grossesse chez une adolescente, devraient développer la collaboration interprofessionnelle et anticiper les éventuelles problématiques.

Selon Das et al. (2007), la mise en place d'une prise en soins prénatale adaptée a des effets positifs sur le déroulement de la grossesse. De même, l'introduction d'interventions psychosociales permet d'améliorer les issues obstétricales chez les adolescentes enceintes (Sukhato et al., 2015). Parmi ces interventions, on peut citer l'apport de connaissances sur la santé materno-foetale, la facilitation de l'accès aux soins et l'amélioration du sentiment de compétence. Ces interventions favorisent un meilleur suivi et par conséquent de meilleures issues de la grossesse aussi.

D'autres études, par exemple celle de Grassley et Sauls (2012), appuient ces résultats. Finalement, quels sont concrètement les professionnels qui doivent être concernés ? Évidemment, les sages-femmes et les médecins, mais le réseau devra être élargi à tous les professionnels entourant ces adolescentes, en commençant par les enseignants qui sont les premiers à pouvoir intervenir (Griswold et al., 2013).

9.3 Suivi périnatal

Les aspects éducationnels doivent donc être apportés par le personnel soignant, sages-femmes comprises, tout au long du suivi périnatal. Cependant cela peut être difficile dans

un contexte de mauvais suivi chez ces jeunes adolescentes. Fréquemment, elles se rendent très tardivement en consultations prénatales. Selon Seince, Pharisien et Uzan (2004), dans une étude qu'ils ont menée dans l'hôpital Jean Verdier en Seine Saint-Denis (France), presque 50% des adolescentes consultent pour la première fois au troisième trimestre de grossesse seulement. Ce ne sont pas les chiffres de la Suisse, cependant cela montre qu'un suivi peut être difficile.

La mise en place d'une prise en charge spécialisée permet d'augmenter, même si de très peu, la durée de la gestation (Das et al., 2007 ; Butcher, Williams & Jones, 2016). Dans l'étude de Das et al. (2007) la prise en soins spécialisée consiste à créer une consultation dédiée aux jeunes parents. L'augmentation du nombre de SA lorsqu'un suivi périnatal est mis en place n'est pas statistiquement significative mais tend néanmoins vers une diminution des risques (Das et al., 2007 ; Sukhato et al., 2015 ; Butcher et al., 2016). Butcher et al. (2016) montrent aussi que la prise en charge globale par une sage-femme désignée permet une meilleure compliance et participation aux consultations prénatales, qui s'effectuent aussi plus tôt dans la grossesse. Une autre façon de promouvoir la présence aux consultations prénatales serait d'offrir un suivi à domicile sur le long terme (Winklerprins & Weigel, 2016). Ainsi, une prise en charge adaptée, de n'importe quel type, permet d'augmenter le nombre de consultations auxquelles les adolescentes participent (Allen, Gamble, Stapleton & Kildea, 2012).

Griswold et al. (2012) proposent l'implication des écoles pour faciliter la transmission des messages de prévention et permettre à la jeune femme enceinte de consulter sans avoir à manquer l'école. Une hypothèse d'amélioration serait l'introduction de programmes scolaires promouvant la divulgation d'information pour les adolescents concernés, par exemple avec des cours dédiés à la période périnatale (cours de préparation à la naissance et à la parentalité). Griswold et al. (2013) proposent qu'une organisation de rappel soit mise en place afin que les adolescentes viennent suivre ces cours. Le but n'étant pas d'inciter mais d'offrir une prévention secondaire. Suite à l'accouchement, l'école devrait s'engager à favoriser la réinsertion scolaire et éviter la déscolarisation et l'isolement social qui s'en suit (Griswold et al., 2013). Dans leur étude, Griswold et al. (2012) impliquent surtout les infirmières scolaires, mais cela ne devrait-il pas aller même plus loin et impliquer les professeurs de ces adolescentes ? Ce sont eux qui les suivent au quotidien et qui seraient les mieux placés pour la prévention et pour rediriger ces jeunes femmes. Cependant, ils seraient confrontés à une problématique de loyauté, n'auraient-ils pas le devoir d'en informer les parents ou la direction scolaire ? Les infirmières scolaires, elles, étant soumises au secret médical par leur profession, n'y sont pas confrontées. C'est probablement pourquoi Griswold et al. (2012) font référence à ces

personnes en priorité. Pour les adolescentes c'est également une ressource à laquelle elles peuvent se confier sans risque.

Ce type de projet ne peut concerner que des écoles avec un haut taux d'adolescentes enceintes (Griswold et al., 2013). La Suisse, donc, pourrait ne pas avoir les moyens de financer un projet similaire vu la faible incidence, 7% de grossesses en jeune âge. Cela n'empêche pas l'encouragement des enseignants et infirmiers de l'école à être sensibilisés à la problématique et accompagner la jeune fille dans son parcours, lorsque le cas se présente.

9.4 Pathologies de la grossesse

Les éléments de discussion mis en place pour un suivi périnatal optimal permettent également de réduire les risques liés à différentes pathologies telles que PE ou DG. Effectivement, les jeunes adolescentes seraient plus à risque de PE selon Kaplanoglu et al. (2015) et Kawakita et al. (2016). Cependant, les résultats sont encore une fois non statistiquement significatifs. D'autres études ne trouvent pas de différence (Torvie et al., 2015). Les risques augmentés chez ces jeunes femmes seraient-ils tous liés aux différentes hypothèses émises précédemment ?

Trois pathologies de la grossesse ont été décrites dans le chapitre précédent. Cependant, leur analyse est moins prise en compte car cette revue de la littérature vise à identifier une prise en charge globale. Il a été jugé moins pertinent d'évaluer des actions de prise en charge et de prévention ponctuelles, ciblées pour des pathologies.

9.5 Période du post-partum

L'allaitement maternel joue un rôle crucial pour la santé de l'enfant, d'autant plus lorsqu'il naît prématurément. Le lait maternel, grâce à sa composition adaptée aux besoins de l'enfant (surtout la présence d'anticorps), permet de favoriser le bon développement des nouveau-nés, mais également l'attachement mère-bébé et l'augmentation de l'estime de soi (Promotion allaitement maternel Suisse, 2016), ainsi que d'éviter un bon nombre de maladies d'enfance et de diminuer l'obésité selon Grassley et Sauls (2012). Ces aspects sont primordiaux et permettent, dans un tout autre registre, de diminuer également les coûts pour ces jeunes parents très souvent dans le besoin, mais également les coûts de la santé (Grassley & Sauls, 2012). L'enseignement aux jeunes parents et un accompagnement adéquat sont prioritaires. La mise en place d'interventions adaptées pendant la période périnatale permet l'augmentation des femmes allaitant leur enfant au sein (Das et al., 2007 ; Butcher et al. 2016). Même si les résultats ne sont pas significatifs, ils tendent tous vers une augmentation de l'allaitement lors de la mise en place d'un suivi

personnalisé ; Grassley et Sauls (2012) mettent en évidence son importance. S'il n'est pas instauré, beaucoup d'adolescentes commencent à compléter leur bébé par du lait artificiel ou abandonnent l'allaitement au sein après quelques jours post-partum. Comme mentionné, l'allaitement a son importance non seulement pour la santé de l'enfant mais également dans l'estime de soi et le sentiment de compétence de la jeune mère. Un suivi adéquat et personnalisé, à l'écoute des besoins et investiguant le stress perçu de la mère, mènera à une meilleure estime d'elle-même et ainsi un meilleur vécu de son rôle, c'est-à-dire une augmentation de son sentiment d'auto-efficacité (Razurel, Desmet & Sellenet, 2011).

Le rôle de la sage-femme, ayant des connaissances spécifiques concernant l'accompagnement de l'allaitement (FSSF, 2018), est donc primordial (Grassley & Sauls, 2012). Le bon déroulement de l'allaitement ne se limite pas à l'accompagnement de la sage-femme après la naissance, mais déjà lors de l'accompagnement pendant la grossesse et l'accouchement. Le vécu de la naissance est également essentiel pour le bon déroulement de l'allaitement (Grassley & Sauls, 2012). Dans leur étude, Grassley et Sauls (2012) montrent que le suivi continu par une doula durant le travail augmente cette satisfaction chez les adolescentes par rapport à un suivi hospitalier ordinaire. Il paraissait important de le soulever et d'imaginer par conséquent un suivi plus individualisé et de « one-to-one » pour ces adolescentes.

La culture et l'environnement ont également une influence sur l'allaitement maternel. Dans chaque pays la promotion de l'allaitement est différente et il est par conséquent difficile de transposer les résultats d'une étude comme celle de Das et al. (2007) à la Suisse. Il est cependant important d'y voir l'augmentation de l'allaitement par leurs interventions. En fin de compte, peu importe où l'on se trouve dans le monde, un meilleur suivi avec une bonne promotion de l'allaitement, augmenteront les chances de succès d'un allaitement harmonieux et durable, avec toutes les conséquences positives.

Le suivi périnatal sur le long terme devrait aussi viser la mise en place d'une contraception efficace et adaptée à la jeune femme. Environ 20% des filles accouchant pour la première fois pendant l'adolescence auront une deuxième grossesse pendant la même période de vie (Great Britain & Department for Children, 2008). Le suivi à long terme et l'accès facilité au planning familial devraient être des ressources connues par les adolescentes afin qu'elles puissent avoir une contraception appropriée. La sage-femme doit être une source d'information importante et peut aider la jeune fille à choisir un moyen contraceptif de manière éclairée (Great Britain & Department for Children, 2008). La sage-femme peut prodiguer ces informations pendant le suivi post-partum à domicile, en encourageant la

collaboration interprofessionnelle pour la prescription du moyen contraceptif (Butcher et al. 2016).

Chez Das et al. (2007), le but était d'apporter un suivi personnalisé et régulier à ces jeunes femmes afin de créer une relation de confiance, ce qui pourra également améliorer les issues psychologiques. En effet, comme mentionné chez Birkland et al. (2005), la première année post-partum est la plus difficile et à risque de dépression du PP. Un suivi rapproché permettrait le dépistage précoce des difficultés et la mise en place d'une prise en charge adéquate. L'établissement d'une relation de confiance permettrait l'amélioration des issues psychologiques en améliorant le soutien perçu. Le dépistage de la dépression post-partum est donc très important, mais comme mentionné par l'étude de Birkland et al. (2005) l'EPDS est conçue pour les adultes et pourrait ainsi ne pas convenir à une l'utilisation chez les adolescentes.

10. RETOUR À LA PRATIQUE

Les propositions présentées ci-dessous prennent en considération non seulement les résultats de la revue de la littérature mais également les conseils de personnes expertes, travaillant régulièrement avec les adolescentes.

En Suisse, avec un taux de grossesse durant l'adolescence bas et des diversités cantonales dues aux quatre langues et cultures, les interventions proposées sont à prendre avec précaution et à évaluer selon chaque situation. Il est compliqué d'établir des recommandations applicables à toute la Suisse.

10.1 Prise en soins avant la grossesse

La prévention et la promotion de la santé commence bien avant la découverte de la grossesse avec l'éducation sexuelle à l'école. Les informations données aux élèves portent sur la connaissance de la physiologie de la sexualité, les sentiments et les émotions liées à la sexualité, la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et des grossesses non désirées. Il est important que les jeunes connaissent les contacts des professionnels aptes à les conseiller, leur fournir des informations et les aider. Les élèves doivent, au moins, connaître l'infirmière scolaire et le centre de santé sexuelle.

Le rôle des centres de santé sexuelle (planning familial) porte sur la prévention des IST et des grossesses et s'occupe aussi de débiter la mise en place du réseau de soins selon la problématique présentée. Les professionnels doivent être ouverts et prêts à écouter et accompagner ces jeunes afin de favoriser la prévention et la promotion de la santé. Son

rôle est important car les consultations sont, pour la plupart, gratuites, il se trouve dans un cadre de confidentialité et de réseau étroit avec les institutions hospitalières ou d'aide sociale.

Comme souvent les jeunes adolescentes consultent tardivement lors d'une grossesse (Kirbas, Gulerman & Daglar, 2016 ; Kingston et al., 2012), il paraît pertinent de donner des informations concrètes répondant à la question « Que faire si je suis enceinte ? » lors de l'éducation sexuelle. Ce discours sera aussi à évaluer selon leur l'âge et leur approche à ces cours.

10.2 Réseau de soins

Il faut un suivi spécialisé pour les adolescentes. Ce réseau est à mettre en place rapidement dès la découverte de la grossesse afin d'assurer un suivi sur le long terme et afin d'établir une relation de confiance durable, même lorsqu'elles ont des situations familiales stables et rassurantes. Elles doivent toutes être considérées à risque d'un point de vue psychosocial.

Ainsi, le réseau de soins devrait compter, au moins, ces différents professionnels :

sage-femme hospitalière, sage-femme indépendante, gynécologue obstétricien, pédopsychiatre (selon facteurs de risques), centre de santé sexuelle, assistant social, service de protection de l'enfant/tuteur légal, école (professeurs et infirmier scolaire).

Concernant le rôle de la sage-femme, l'idéal serait d'établir un suivi à domicile déjà pendant la période prénatale afin d'assurer une surveillance rapprochée des risques mis en évidence, mais surtout de créer un lien de confiance. Après l'accouchement, la même sage-femme reprendra en charge la mère et son enfant pour le suivi du post-partum.

Lorsqu'elles sont mineures, un suivi par le service de protection de l'enfant est automatique, notamment pour la nomination d'un tuteur pour le nouveau-né jusqu'à la majorité de la mère. Si la situation est complexe du point de vue psycho-social, les intervenants interprofessionnels sont nombreux. L'idéal serait alors d'organiser régulièrement des colloques afin de coordonner la prise en charge et permettre à tout le monde d'être à jour sur l'évolution de la situation.

Les liens gardés avec l'école doivent permettre la poursuite des études en adaptant le programme scolaire, afin de prévenir la déscolarisation et l'isolement social à l'avenir.

10.3 Prise en soins pendant la grossesse

Le suivi des adolescentes se fait sur le même modèle que toutes les femmes enceintes et avec les mêmes précautions concernant les différentes pathologies.

Toutefois, lors de la première consultation pour une adolescente, il faut investiguer la date des dernières règles et l'âge de la ménarche afin de calculer, comme suggéré par Kaplanoglu et al. (2015), l'âge gynécologique et de mettre en évidence le facteur de risque lié à l'immaturation biologique. Si ce chiffre démontre une certaine immaturité, il serait pertinent de surveiller de manière plus régulière le développement de l'enfant et l'estimation du poids fœtal afin de détecter, par exemple, des cassures de la courbe du poids. Ceci pourrait se faire par un contrôle échographique supplémentaire à 32 SA pour la croissance fœtale. Il faut également que la sage-femme soit particulièrement attentive au dépistage de la menace d'accouchement prématuré (MAP), elle donnera un enseignement sur les signes d'alerte à la jeune femme à partir du 2^{ème} trimestre de grossesse.

Comme pour toute femme enceinte, la prise en soins et la prévention liée à la grossesse débutent le plus tôt possible. Une attention particulière sera à porter sur l'alimentation afin de prévenir, en plus des maladies dangereuses pour la grossesse (comme la toxoplasmose, la listériose et la salmonellose), aussi les carences d'apports nutritifs essentiels. Comme vu dans les chapitres précédents, le souci de l'image corporelle étant fréquent pendant l'adolescence, la sage-femme devra évaluer le vécu de la prise de poids et assurer une alimentation équilibrée et adaptée. Il ne faudra pas hésiter à compléter, de manière ciblée, les jeunes femmes ayant des carences en vitamines ou oligoéléments.

Concernant les habitudes de vie, il faudra être attentif à la consommation de substances toxiques, notamment l'alcool, le tabac et les drogues. Les jeunes pouvant être susceptibles d'avoir une consommation inadaptée, il est important de l'investiguer lors des premières consultations, comme dans tout suivi de grossesse. Ainsi, si tel est le cas, la sage-femme, par une approche d'entretien motivationnel, investigue le rôle social des consommations, l'entourage et les freins, puis apporte des connaissances concernant les effets sur la santé et la grossesse et investigue les motivations à un changement de comportement. De plus, lors de cet entretien, la sage-femme dépiste des consommations à risque, comme par exemple le binge drinking ou l'essai de nouvelles substances.

Au fil de la grossesse, une préparation à la naissance doit être donnée, idéalement par la sage-femme qui suit l'adolescente à domicile. Les sujets à aborder sont la physiologie de la grossesse, le processus d'accouchement et de parentalité. Il est important de mettre l'accent sur les compétences parentales et celles de l'enfant, tout comme d'aborder les nombreux changements auxquels elles devront faire face. La parentalité étant une crise identitaire, tout comme l'adolescence, ces notions sont à discuter avec ces jeunes femmes afin de les préparer au mieux. Puis, à partir de 30 SA, le projet de naissance sera

également abordé. Celui-ci a pour but de permettre à la femme de se projeter au moment de l'accouchement et d'énoncer ses envies. Pour les adolescentes, il est très important de les accompagner dans ce processus afin qu'elles puissent avoir un sentiment de contrôle sur leur grossesse et l'accouchement. Ce sentiment leur permettra de développer leur propre rôle parental et d'améliorer leur sentiment d'auto-efficacité. Ainsi, une bonne transition peut être favorisée à la naissance de leur enfant.

Finalement, durant la grossesse, il sera déjà important de faire connaître le réseau qui sera mis en place au post-partum, notamment au niveau du cadre légal : présence d'un tuteur pour l'enfant, suivi par les assistants sociaux et éventuellement le service de protection de l'enfant. Idéalement il faudrait que les professionnels qui s'occupent de la jeune femme soient les mêmes au prénatal et au post-partum.

10.4 Prise en charge pendant l'accouchement

Concernant le moment précis de l'accouchement, les recommandations à mettre en place sont des propositions idéales pour toute femme qui accouche. L'accent est mis sur les adolescentes car elles se trouvent, à priori, en situation de vulnérabilité. De plus, la prise en charge s'effectuera selon les facteurs de risque de chaque situation.

Dans l'idéal, il faudrait assurer un suivi global et de one-to-one avec des professionnels déjà connus par la jeune femme. Si ce n'est pas possible, comme dans la réalité de la plupart des maternités, il serait envisageable de présenter le service et le parcours dans la maternité au prénatal afin qu'elle puisse se projeter et se sentir en sécurité dans les murs de l'hôpital. Idéalement, la sage-femme qui prend en soins la jeune femme l'aura déjà rencontrée lors d'une consultation et pourra se concentrer sur son suivi. Il est important que les sages-femmes adoptent une relation de partenariat avec le couple, favorisant la prise de décisions par la femme et son autonomie. Elles doivent ainsi s'intéresser au projet de naissance, comme mentionné précédemment, car celui-ci aura une grande importance dans le vécu de l'accouchement.

10.5 Prise en soins au post-partum

Le suivi pendant la période du post-partum serait à prévoir sur le long terme avec une sage-femme à domicile, idéalement celle déjà rencontrée au prénatal. Trouver des professionnels formés ou qui ont l'habitude de travailler avec les adolescentes pourrait aider au déroulement favorable de la prise en soins. Ce suivi est le même que pour toute femme qui accouche mais avec, à nouveau, un accent particulier si c'est une adolescente. En assurant des visites régulières à domicile, la sage-femme est donc une ressource importante. Il pourrait même être envisagé que la jeune maman sorte précocement de

l'hôpital avec le suivi par sa sage-femme afin qu'elle puisse bénéficier de ce lien de confiance qu'elles ont déjà créé. Durant ce suivi il est important que la sage-femme aborde le vécu de l'accouchement, ainsi que la satisfaction de la jeune mère qui peuvent être des facteurs de stress en post-partum. De même, durant cette période, il est très important d'investiguer le sentiment de compétence, d'estime de soi de la jeune mère dans son nouveau rôle et le soutien social. Grâce à des entretiens psychoéducatifs, la sage-femme pourra faire ressortir ces facteurs de stress et les représentations. Son rôle étant de l'accompagner dans le processus de parentalité et de favoriser l'attachement avec son bébé, il est important de travailler sur ces facteurs de stress et de trouver des stratégies pour y faire face. Un stress perçu trop important ou un soutien social perçu comme insuffisant, dépourvu de stratégie efficace, peuvent mener à la dépression post-partum. Il est recommandé de la dépister pour toute adolescente devenue mère. Pour ce faire, l'échelle de stress postnatal (PSI) proposée par Razurel et al. (2013) pourrait être utilisée puisque l'EPDS n'est, à priori, pas adaptée aux adolescentes. Cette échelle (annexe n°3) permet d'investiguer directement le stress perçu pendant la période postnatale au moyen de ces entretiens psychoéducatifs.

Finalement, il faut souligner l'importance de la contraception en post-partum afin d'éviter une nouvelle grossesse et de réitérer tous les risques qui en découlent.

10.6 Autres pistes d'amélioration

10.6.1 *Outils pour les professionnels*

La grossesse chez les adolescentes étant de faible incidence en Suisse, les sages-femmes sont rarement amenées à prendre en charge des jeunes mamans. Comme pour toute situation complexe ou rarement rencontrée, un aide-mémoire pourrait être donné aux professionnels, sur la base d'un protocole établi dans les institutions. Ce dernier ayant comme but de rappeler les risques de ces grossesses ainsi que de se souvenir des principaux éléments de prévention.

L'aide-mémoire devrait contenir aussi des rappels légaux permettant de se souvenir des différentes démarches à effectuer et le réseau présent autour de la jeune mère.

10.6.2 *Formation des sages-femmes*

À l'heure actuelle, en Suisse, il n'existe pas une formation spécifique concernant les adolescentes enceintes. La problématique est abordée de manière variée dans différentes formations, par exemple lors de la formation pour les conseillères en santé sexuelle. La faible incidence d'adolescentes enceintes en Suisse ne permet pas la

justification de la création d'une formation spécifique. Cependant, il serait important de discuter, à des intervalles plus ou moins réguliers, de ces cas spécifiques au sein des équipes, par exemples lors de colloques interdisciplinaires.

10.6.3 *Activités entre ados*

D'autres idées ont été élaborées concernant des activités pouvant être utiles aux jeunes femmes ; par exemple des rencontres couple-bébé à intervalles réguliers pendant l'année. Ces rencontres pourraient être organisées sous supervision d'un professionnel (pouvant répondre à des questions) et devraient favoriser les échanges et la construction de relations de soutien entre les jeunes parents. Le partage de ces moments pourrait éviter l'isolement social.

10.7 Nouvelles propositions de recherches

Concernant l'âge gynécologique, des recherches ultérieures sont à effectuer. De nombreuses études appuient l'hypothèse de l'implication de l'immaturation biologique dans le déroulement des grossesses à l'adolescence, cependant Kaplanoglu et al. (2015) ont établi eux-mêmes la limite de trois ans. Il est impossible d'établir avec certitude que l'âge gynécologique de trois ans soit correct ; à l'heure actuelle il serait donc recommandé de faire de nouvelles recherches afin de définir plus précisément les limites de l'immaturation biologique et d'envisager un protocole adapté. Une étude rétrospective avec un grand échantillon devrait donc analyser les résultats en posant l'âge gynécologique arbitrairement à deux, trois et quatre ans, permettant de définir la limite plus correcte. Par la suite, une étude rétrospective au niveau national suisse devrait être faite en comparant les résultats avant la mise en place d'un protocole et après. Cela permettrait de valider ou d'invalidier cette notion d'âge gynécologique dans le suivi de grossesse.

De plus, des études plus approfondies sont à prévoir afin d'évaluer l'incidence de la consommation de substances toxiques par les adolescentes et la modalité de consommation pendant la grossesse. Le but étant de mieux comprendre l'étendue de la problématique et les interventions de prévention efficaces.

Finalement, il a été mentionné par Birkeland et al. (2005) que l'échelle EPDS n'était pas adaptée aux adolescentes ce qui paraissait pertinent. Ainsi, des recherches ultérieures seraient à faire afin d'établir une échelle spécifique pour le dépistage de la dépression postnatale adaptée à l'âge. Elle devrait prendre en compte les variabilités liées aux différents stades de développement physique et psychologique des adolescentes.

Concernant les perspectives de recherche dans ce domaine, il faudrait aussi considérer l'approche qualitative. Les études qualitatives permettraient d'investiguer le vécu de la

grossesse ainsi que le vécu et l'impact des différentes prises en charge. Avec une étude qualitative prospective, au moyen de sondages, une évaluation pourrait être faite du vécu et de la satisfaction de la prise en charge pour les parents. Ces sondages devraient être faits une fois à 34 SA et ensuite 6 semaines et un an post-partum. Ceci permettrait d'ajuster par la suite les prises en soins et d'améliorer le vécu, en considérant concrètement les suggestions données par les patientes concernées.

Les bases de données utiles pourraient être celles qui se focalisent sur certains domaines, comme par exemple MIDIRIS. Dans cette base de données sont récoltées les études concernant la profession de sage-femme principalement. Ce type de bases de données pourrait être utile pour trouver des recherches concernant le rôle sage-femme et donc pour analyser des pratiques adéquates. PsychINFO pourrait être une base de données où l'on trouve des études concernant le vécu et l'impact psychologique. PubMed reste une grande base de données regroupant la plupart des articles et permettant de ne pas passer à côté des nouveautés.

11. FORCES ET LIMITES REVUE DE LA LITTÉRATURE

Suite à l'élaboration de ce travail, des points forts et des limites ont été mis en évidence.

Forces :

- * L'origine des études est variée, de nombreux points de vue différents sont pris en compte. Le niveau de vie entre les populations concernées est semblable ;
- * Les articles analysés respectent des critères de qualité statistique ;
- * Les méta-analyses permettent d'analyser une thématique de manière plus complète ;
- * La plupart des études présentent de grands échantillons et sont effectués dans des pays avec une incidence élevée d'adolescentes enceintes. La problématique est donc connue et permet d'effectuer des statistiques de haut niveau ;
- * Les sujets des études sont variés et regroupent les variables mises en évidence par la question de recherche ;
- * La problématique est connue par la communauté scientifique et est étudiée depuis longtemps. De nombreux articles ont été utilisés pour la discussion ;
- * Le sujet permet de mettre en avant le rôle de la sage-femme et permet des réflexions concernant l'interprofessionnalité ;
- * Les études analysées portent sur des concepts innovants et permettent donc d'élaborer de nouvelles pistes de recherche et l'élaboration d'hypothèses.

Limites :

- * Nombre limité d'articles (cinq) avec des sujets différents. La comparaison est donc difficile et la généralisation des résultats est à faire avec prudence ;
- * Présence de biais d'interprétation dûs au fait que les auteurs de la revue de la littérature sont novices dans la recherche scientifique et l'analyse des articles ;
- * Sujet qui présente de nombreuses issues, complications et variables à analyser. Cibler les hypothèses et l'analyse est donc complexe pour les auteurs avec une faible expérience professionnelle ;
- * La problématique des adolescentes est fortement influencée, du point de vue du vécu de la grossesse et de la prise en charge, par la culture. Les généralisations sont donc complexes à faire, même dans un petit pays comme la Suisse (quatre langues nationales avec des différences politiques et culturelles selon les régions) ;
- * Difficulté de trouver des articles concernant la prise en charge dans sa globalité ou qui précisent le type de prise en charge pour pouvoir le reproduire ou analyser de manière approfondie ;
- * Manque d'études quantitatives ;
- * Richesse de résultats mais beaucoup sont contradictoires, difficulté donc d'en extraire des conclusions mais possibilité d'émettre beaucoup d'hypothèses.

12. CONCLUSION

Les adolescentes enceintes, une thématique qui questionne énormément dans le monde entier. Effectivement, les grossesses à l'adolescence sont courantes dans les pays en voie de développement en raison d'une culture et d'un mode de vie qui sont encore différents des pays occidentaux. En Suisse, l'incidence de ces grossesses est basse. Toutefois, elles existent et soulèvent donc la question de comment les suivre au mieux afin de réduire l'impact des issues sur la santé publique à court et long terme.

Ce sujet fait l'objet de beaucoup de recherches et de littérature. L'adolescence est une phase de la vie qui comporte beaucoup de vulnérabilités et de questionnements, alors lorsqu'elle est vécue simultanément à une grossesse, tout ceci se multiplie. Ainsi, les études cherchent à identifier les risques liés à ces grossesses : ils sont d'ordre obstétrical en raison de l'immaturation du corps des jeunes femmes et d'ordre psycho-social. Effectivement, leur corps n'est peut-être pas prêt à accueillir une grossesse. Biologiquement, le corps humain nécessite une phase d'adaptation et de transition jusqu'à devenir adulte. Lors d'une grossesse, le corps de la jeune fille ne répond plus uniquement à ses besoins, liés au développement, mais doit également subvenir à ceux

du fœtus. Puis il y a tout le côté psychologique de l'adolescence avec une crise identitaire. Les jeunes sont en quête de leur propre soi, de leur autonomie et de leur place au sein de la société. Dans ce processus d'établissement de leur personnalité, beaucoup de vulnérabilité peut faire surface. Lors de la maternité, celle-ci peut influencer leur sentiment de compétence vis-à-vis de leur nouveau rôle de parents.

Grâce à l'analyse de différents articles dans cette revue de la littérature, certaines issues ont pu être mises en évidence, comme le risque d'accouchement prématuré et de dépression ou, au contraire, l'AVB plus rapide chez les adolescentes. La cause principale de ces issues étant l'immaturation biologique et psychologique de ces femmes. La proposition a donc été faite de se baser sur l'idée de Kaplanoglu et al. (2015) et leur notion d'âge gynécologique pour calculer les risques obstétricaux. Toutefois, il est important de rappeler qu'à l'heure actuelle il faudrait de plus amples études afin de justifier une prise en charge sur ce modèle et de savoir où placer la limite d'âge. Concernant les risques psycho-sociaux, plusieurs interventions efficaces ont été mises en évidence. Malgré le fait que les résultats de recherches n'étaient pas toujours statistiquement significatifs, ils tendaient tout de même vers une amélioration des issues. Une des propositions principales est la mise en place d'un réseau stable, la sage-femme ayant un rôle central dans ce réseau. Son intervention dans le suivi doit se faire dès le début de la grossesse jusqu'au post-partum tardif, ainsi elle peut favoriser la physiologie, créer un lien de confiance et être la coordinatrice du réseau de soins.

Dans un pays comme la Suisse, avec de grandes différences de prise en charge selon les cantons et la taille des hôpitaux, ce travail aurait comme ambition, légèrement irréaliste, d'apporter une uniformisation. Il est vrai que dans certains cantons comme Genève avec ses hôpitaux universitaires, la prise en charge paraît être complète et adaptée. Mais il y a également d'autres cantons, plus petits et avec, par conséquent des structures également plus petites, où la problématique est encore plus rare. L'essentiel des ressources y est toutefois présent. La sage-femme à domicile avant et après la naissance paraît être une bonne piste réalisable dans tous les cantons. Il est important de bien connaître le réseau de soins et d'aide sociale dans la région d'exercice de la profession. Le but étant de fournir des prestations adaptées partout en Suisse, quel que soit la taille de l'hôpital.

13. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index professional manual* (3^e éd.). Odessa : Psychological Assesement Resources.
- Allen, J., Gamble, J., Stapleton, H. & Kildea, S. (2012). Does the way maternity care is provided affect maternal and neonatal outcomes for young women? A review of the research literature. *Women and Birth*, 25 (2), 54-63. doi : 10.1016/j.wombi.2011.03.002
- Alvin, P. & Marcelli, D. (2005). *Médecine de l'adolescent* (2^e ed.). Paris : Elsevier Masson.
- American Psychological Association. (2018). *Highlights*. Accès <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>
- Art.16 du code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210) Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>
- Art. 296 du code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC; RS 210). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>
- Art. 321 du code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP; RS 311.0). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html>
- Art. 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html>
- Art.25 de la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins du 9 octobre 1992 (LDA ; RS 231.1) Accès <https://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0uhUKEwjGoZSs56LaAhUFVxQKH11C58QFghcMAU&url=https%3A%2F%2Fwww.admin.ch%2Fch%2Ffr%2Frs%2F2%2F231.1.fr.pdf&usg=AOvVaw2rlppn7UjO6Hk1bvBVG9tB>
- Aulenbacher, C. & Le Vallois, P. (2006). Les ados et leurs croyances : comprendre leur quête de sens, déceler leur mal-être. Paris : Atelier.

- Bantuelle, M. & Demeulemeester, R. (2008). *Référentiel de bonnes pratiques : comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*. Saint-Denis: Editions INPES.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1979). *Principles of biomedical ethics*. New York : Oxford University Press.
- Birkeland, R., Thompson, J. K. & Phares, V. (2005). Adolescent Motherhood and Postpartum Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(2), 292-300. doi : 10.1207/s15374424jccp3402
- Bourrillon, A. (2011). *Pédiatrie : pour le praticien*. Paris : Masson.
- Brosens, I., Muter, J., Gargett, C. E., Puttemans, P., Benagiano, G. & Brosens, J. J. (2017). The impact of uterine immaturity on obstetrical syndromes during adolescence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(5), 546-555. doi : 10.1016/j.ajog.2017.05.059
- Bupa. (2015). *Consultant and Facilities Finder*. Accès https://finder.bupa.co.uk/Consultant/view/164243/dr_sangeeta_das
- Butcher, A., Williams, P. & Jones, F. (2016). Is the introduction of a named midwife for teenagers associated with improved outcomes? A service development project. *British Journal of Midwifery*, 24(5), 331-338. doi : 10.12968/bjom.2016.24.5.331
- Centre de recherche et d'information nutritionnelles. (2016). *L'obésité dans le monde (OCDE 2017)*. Accès <https://www.cerin.org/rapports/lobesite-dans-le-monde-ocde-2017/>
- Chen, X.-K., Wen, S. W., Fleming, N., Demissie, K., Rhoads, G. G. & Walker, M. (2007). Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 36(2), 368-373. Doi : 10.1093/ije/dyl284
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(06), 782-786. doi : 10.1192/bjp.150.6.782

- Dadoorian, D. (2007). Grossesses adolescentes. *Le Journal des psychologues*, 252(9), 72. doi: 10.3917/jdp.252.0072
- Das, S., Dhulkotia, J. S., Brook, J. & Amu, O. (2007). The impact of a dedicated antenatal clinic on the obstetric and neonatal outcomes in adolescent pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27(5), 464-466. doi : 10.1080/01443610701406042
- Dolto, F., Dolto-Tolitch C. & Percheminier C. (1997). *Paroles pour les adolescents ou le complexe du homard*. Paris : Hatier.
- Dolto, F. & Benvenuto, S. (1998). *Adolescenza: esperienze e proposte per un nuovo dialogo con i giovani tra i 10 e i 16 anni*. Milano : Mondadori.
- Falk, G., Östlund, I., Magnuson, A., Schollin, J. & Nilsson, K. (2006). Teenage mothers — a high-risk group for new unintended pregnancies. *Contraception*, 74(6), 471–475. doi : 10.1016/j.contraception.2006.07.014
- Fédération suisse des sages-femmes. (2017). *Code international de déontologie des sages-femmes*. Accès http://www.sage-femme.ch/x_dnld/doku/ethikkodexf.pdf
- Fédération Suisse des sages-femmes. (2018). *Champs d'activité*. Accès <http://www.sage-femme.ch/fr/elt/heb/taetigkeit.cfm>
- Fleming, N., O'Driscoll, T., Becker, G., Spitzer, R. F., Allen, L., Millar, D., ... Spitzer, R. (2015). Directive clinique sur la grossesse chez les adolescentes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(8), 757-759. doi : 10.1016/S1701-2163(15)30181-X
- French District. (2018). *La grossesse et l'accouchement aux Etats-Unis*. Accès <https://frenchdistrict.com/articles/grossesse-accouchement-couts-assurance-nationalite-enfant-francais-usa/>
- Garner, D.M. (1991). *Manual for the Eating Disorder Inventory–2*. Odessa : Psychological Assessement Resources.

- Great Britain & Department for Children, S. and F. (2008). *Teenage parents : who cares ? : a guide to commissioning and delivering maternity services for young parents*. Annesley: DCSF Publications.
- Grassley, J. S. & Sauls, D. J. (2012). Evaluation of the Supportive Needs of Adolescents during Childbirth Intrapartum Nursing Intervention on Adolescents' Childbirth Satisfaction and Breastfeeding Rates. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), 33-44. doi : 10.1111/j.1552-6909.2011.01310.x
- Griswold, C. H., Nasso, J. T., Swider, S., Ellison, B. R., Griswold, D. L. & Brooks, M. (2013). The Prenatal Care at School Program. *The Journal of School Nursing*, 29(3), 196-203. doi : 10.1177/1059840512466111
- Guillod, O. & Burgat, S. (2010). *Droit des personnes*. Neuchâtel : Université de Neuchâtel - Faculté de droit.
- Gupta, N., Kiran, U. & Bhal, K. (2008). Teenage pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 137(2), 165-171. doi : 10.1016/j.ejogrb.2007.06.013
- Haute Ecole de Santé de Genève. (2017). *CINHAL Complete, aide-mémoire*. Accès https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/documents/CentreDoc/Outils-documentaires/flyer_cinahl_2015.pdf
- Haute Ecole de Santé de Genève. (2018). *Medline via PubMed, aide-mémoire*.
Accès https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/documents/CentreDoc/Outils-documentaires/flyer_pubmed_2015.pdf
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2017). *Ethique – Mission du CEC*. Accès <https://www.hug-ge.ch/ethique-clinique>
- Huerre, P. (2001). L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice. *Journal français de psychiatrie*, 14(3), 6. doi : 10.3917/jfp.014.06

- Hurst, S. (2012). *Capacité de discernement*. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-325/Capacite-de-discernement>
- International Confederation of Midwives. (2017). *Code de déontologie international pour les sages-femmes*. Accès https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20FRE%20Code%20de%20d%C3%A9ontologie%20international%20pour%20les%20sages-femmes.pdf
- International Confederation of Midwives. (2017). *Philosophie et le Modèle des Soins Prodigués par les Sages-femmes*. Accès https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001%20V2014%20FRE%20Philosophie%20et%20mod%C3%A8le%20de%20soins%20de%20pratique%20de%20sage-femme.pdf
- Jeammet, P. (2013). *Adolescences : repères pour les parents et les professionnels*. Paris : A Découverte.
- Kaplanoglu, M., Bülbül, M., Konca, C., Kaplanoglu, D., Tabak, M. S. & Ata, B. (2015). Gynecologic age is an important risk factor for obstetric and perinatal outcomes in adolescent pregnancies. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 28(4), 119-123. doi : 10.1016/j.wombi.2015.07.002
- Kawakita, T., Wilson, K., Grantz, K. L., Landy, H. J., Huang, C.-C. & Gomez-Lobo, V. (2016). Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2), 130–136. doi : 10.1016/j.jpag.2015.08.006
- Kingston, D., Heaman, M., Fell, D. & Chalmers. (2012). Comparison of Adolescent, Young Adult, and Adult Women's Maternity Experiences and Practices. *Pediatrics*, 129(5), e1228-e1237. doi : 10.1542/peds.2011-1447
- Kirbas, A., Gulerman, H. C. & Daglar, K. (2016). Pregnancy in Adolescence: Is It an Obstetrical Risk?. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(4), 367–371. doi : 10.1016/j.jpag.2015.12.010

- Le Breton, A. (2006). Grossesse à l'adolescence, aire du culturel et tissage des liens précoces. *Adolescence*, 55(1), 175-188. doi : 10.3917/ado.055.0175
- Larousse. (2017). *Définitions : déontologie - Dictionnaire de français Larousse*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9ontologie/23671>
- Larousse. (2017). *Définitions : éthique - Dictionnaire de français Larousse*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9thique/31389>
- Le Breton, D. (2013). *Une brève histoire de l'adolescence*. Paris : J.C. Béhar.
- Marieb, E. N. & Hoehn, K. (2010). *Anatomie et physiologie humaines* (4^e éd.). Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau pédagogique.
- Marpeau, L. (2010). *Traité d'obstétrique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson
- MIDIRIS. (2018). *About MIDIRIS (Midwives Information & Resource Service)*. Accès <https://www.midirs.org/about-midirs/about-midirs-information-resource/>
- Müller, E. & Le Breton, D. (2015). *Dans la peau d'une ado*. Paris : A. Colin.
- Nations Unies. (2015). *La déclaration universelle des droits de l'homme*. Accès <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
- Nguyen, J. D., Carson, M. L., Parris, K. M. & Place, P. (2003). A comparison pilot study of public health field nursing home visitation program interventions for pregnant Hispanic adolescents. *Public Health Nursing*, 20(5), 412-418. doi : 10.1046/j.1525-1446.2003.20509.x
- Office fédéral de la statistique. (2018). *Mortinaissances selon l'âge de la mère et le canton, 1970-2017*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.5509819.html>
- Office fédéral de la statistique. (2018). *Interruptions de grossesses*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive/interruptions-grossesses.html>

- Office fédéral de la statistique. (2018). Naissances vivantes selon l'âge de la mère et le canton, 1970-2017). Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.5509806.html>
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Tatelbaum, R. & Chamberlin, R. (1986). Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 77(1), 16-28. Accès <http://pediatrics.aappublications.org/content/77/1/16..info>
- Organisation mondiale de la santé. (2017). *La grossesse chez les adolescentes*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2018). *Adolescent birth rate Data by country*. Accès <http://apps.who.int/gho/data/node.main.REPADO39?lang=en>
- Promotion allaitement maternel Suisse. (2016). *Allaiter – pour bien démarrer dans la vie*. Bern : Promotion allaitement maternel Suisse.
- Promotion Santé Suisse. (2018). *Auto-efficacité*. Accès <https://promotionsante.ch/programmes-daction-cantonaux/sante-psychique/enfants-et-adolescents/themes-cles/auto-efficacite.html>
- Promotion Santé Suisse. (2018). *Compétences de vie*. Accès <https://promotionsante.ch/programmes-daction-cantonaux/sante-psychique/enfants-et-adolescents/themes-cles/competences-de-vie.html>
- Promotion Santé Suisse. (2018). *Soutien social*. Accès <https://promotionsante.ch/programmes-daction-cantonaux/sante-psychique/enfants-et-adolescents/themes-cles/soutien-social.html>
- Radio Télévision Suisse. (2018, 14 février). *On en parle : l'apprentissage de la sexualité*. [Podcast audio]. Accès <https://www.rts.ch/la-1ere/programmes/on-en-parle/7624431-amour-et-sexualite.html>
- Radio Télévision Suisse. (2018, 2 mai). *On en parle: Orientation sexuelle chez les jeunes*. [Podcast audio]. Accès <https://www.rts.ch/la-1ere/programmes/on-en-parle/7624431-amour-et-sexualite.html>

parle/7624431-amour-et-sexualite.html#timeline-anchor-Orientation+sexuelle+chez+les+jeunes

Radio Télévision Suisse. (2018, 15 mai). *Vacarme : MERES ADOS 2/5 – La Suisse ? Un modèle !*. [Podcast audio]. Accès <https://www.rts.ch/play/radio/vacarme/audio/meres-ados-25-la-suisse-un-modele?id=9534470>

Razurel, C., Desmet, H. & Sellenet, C. (2011). Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? *Recherche en soins infirmiers*, 106(3), 47. doi : 10.3917/rsi.106.0047

Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J., Sellenet, C. & Epiney, M. (2013). Validation of the Postnatal Perceived Stress Inventory in a French Speaking Population of Primiparous Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(6), 685-696. doi : 10.1111/1552-6909.12251

Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Gazzotti, S. & Albizzati, A. (2014). Motherhood in adolescent mothers: Maternal attachment, mother–infant styles of interaction and emotion regulation at three months. *Infant Behavior and Development*, 37(1), 44–56. doi : 10.1016/j.infbeh.2013.12.011

Schneider, S. (2008). *Schwanger!?! der Ratgeber für Jugendliche*. München : Ueberreuter.

Sébal, M. (2012). *Troubles & ruptures de l'adolescence*. Paris : Vuibert.

Sedgh, G., Finer, L. B., Bankole, A., Eilers, M. A. & Singh, S. (2015). Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries : Levels and Recent Trends. *Journal of Adolescent Health*, 56(2), 223–230. doi : 10.1016/j.jadohealth.2014.09.007

Seince, N., Pharisien, I. & Uzan, M. (2004). *La grossesse et l'accouchement des adolescentes*. Accès http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=955

Siegel, R. S. & Brandon, A. R. (2014). Adolescents, Pregnancy, and Mental Health. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27 (3), 138-150. doi : 10.1016/j.jpag.2013.09.008

- Sukhato, K., Wongrathanandha, C., Thakkinstian, A., Dellow, A., Horsuwansak, P. & Anothaisintawee, T. (2015). Efficacy of additional psychosocial intervention in reducing low birth weight and preterm birth in teenage pregnancy : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Adolescence*, 44, 106-116. doi : 10.1016/j.adolescence.2015.07.013
- Tétrault, S., Sorita, E., Ryan, A. & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Accès <http://www.ergo-carafe.org/wp-content/uploads/2014/01/GFASAS1.pdf>
- Torvie, A. J., Callegari, L. S., Schiff, M. A. & Debiec, K. E. (2015). Labor and delivery outcomes among young adolescents. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 213(1), 95. doi : 0.1016/j.ajog.2015.04.024
- Tyson, J. E., Parikh, N. A., Langer, J., Green, C. & Higgins, R. D. (2008). Intensive Care for Extreme Prematurity — Moving beyond Gestational Age. *New England Journal of Medicine*, 358(16), 1672-1681. doi : 10.1056/NEJMoa073059
- United States Department of Agriculture. (2018). *Women, Infants and Children (WIC) – WIC eligibility requirement*. Accès <https://www.fns.usda.gov/wic/wic-eligibility-requirements>
- University of south Florida. (2015). *Departement of psychology*. Accès <http://psychology.usf.edu/faculty/vphares/>
- Vegetti Finzi, S. & Battistin, A. M. (2009). *L'età incerta: i nuovi adolescenti*. Milano : Mondadori.
- Winklerprins, V. & Weigel, E. (2016). Home Visits for Pregnant Adolescents. *American Family Physician*, 93(1), 25-30. doi : 10.1370/afm.629

14. ANNEXES

14.1 Annexe 1, Tableaux des recherches de littérature

PUBMED		
Combinaisons mots-clés avec opérateurs booléens	Nombre d'articles	Nombre d'articles retenus
(adolescent[MeSH Terms]) AND pregnancy[MeSH Terms]	23010	0
(adolescent[MeSH Major Topic]) AND pregnancy[MeSH Major Topic]	4	1 Fleming, O'Driscoll, Becker & Spitzer, 2015
pregnancy in adolescence[MeSH Major Topic]	1389	3 Stevens, Lutz, Osuagwu, Rotz & Goesling, 2017 Leftwich & Alves, 2017 Gupta, Kiran & Bhal, 2008
((adolescent[MeSH Major Topic]) AND pregnancy[MeSH Terms]) AND risk[MeSH Terms] OR pregnancy outcomes[MeSH Terms] OR pregnancy complication[MeSH Terms]	112673	0
((((adolescent[MeSH Major Topic]) AND pregnancy[MeSH Major Topic]) AND risk[MeSH Terms]) OR pregnancy outcomes[MeSH Terms]) OR pregnancy complication[MeSH Terms]	112723	0
((adolescent[Title]) AND pregnancy[Title]) AND pregnancy outcome[MeSH Major Topic]	21	3 Kawakita et al., 2016 Madkour, Xie & Harville, 2013 Leftwich & Alves, 2017

((adolescent[MeSH Major Topic]) AND pregnancy[MeSH Major Topic]) AND (obstetric and perinatal outcomes[MeSH Terms]) AND risk factors[MeSH Terms]	0	0
((adolescent) AND pregnancy) AND (obstetric and perinatal outcomes) AND risk factor	109	2 Kaplanoglu et al., 2015 Kawakita et al., 2016
((adolescent[Title]) AND pregnancy[Title]) AND patient care management[MeSH Major Topic]	6	1 Stevens et al., 2017
((adolescent[MeSH Major Topic]) AND pregnancy[MeSH Major Topic]) AND patient care management[MeSH Major Topic]	0	0
((pregnancy in adolescence[MeSH Major Topic]) AND patient care management[MeSH Terms]) OR nursing care[MeSH Terms]	27826	0
((pregnancy in adolescence[Title]) AND midwifery care[MeSH Major Topic])	0	0
(pregnancy in adolescence[MeSH Terms]) AND adolescent perinatal care	84	1 Kaplanoglu et al., 2015
((pregnancy[MeSH Major Topic]) AND adolescent[MeSH Major Topic]) AND psychological outcomes	9	0
((pregnancy[MeSH Major Topic]) AND adolescence[MeSH Major Topic]) AND psychological outcomes	9	0
((pregnancy[MeSH Major Topic]) AND adolescence[MeSH Major Topic]) OR ((pregnancy[MeSH Major Topic]) AND adolescent[MeSH Major Topic]) AND psychological outcomes	9	0

((adolescent[MeSH Terms] AND mothers[MeSH Terms]) AND psychosocial outcomes	63	0
(adolescent mothers) AND psychosocial outcomes	91	0
(pregnancy in adolescence) AND psychosocial risk	202	1 Sukhato et al., 2015
((teenager or adolescent)) AND (pregnancy or pregnant)) AND (psychosocial or depression or psychiatric disorder)	8555	1 (Birkeland et al., 2005)

MIDIRIS		
Combinaisons mots-clés avec opérateurs booléens	Nombre d'articles	Nombre d'articles retenus
pregnancy in adolescence AND pregnancy outcomes	47	4 Rosengard, Phipps, Adler & Ellen, 2004 Mersal, Esmat & Khalil, 2013 Great Britain & Department for Children, 2008 Gupta et al., 2008
pregnancy in adolescence AND ((patient care management) OR (perinatal care))	5	0
adolescent AND pregnancy AND perinatal care	7	0
(pregnancy in adolescence) AND nursing care	7	1 Koniak-Griffin et al., 2002
((adolescent pregnancy) OR (adolescence pregnancy)) AND psychological risk	0	0

PSYCHINFO		
Combinaisons mots-clés avec opérateurs booléens	Nombre d'articles	Nombre d'articles retenus
pregnancy in adolescence AND pregnancy outcomes	148	3 Sukhato et al., 2015 Olsson et al., 2014 Siegel & Brandon, 2014
pregnancy in adolescence AND ((patient care management) OR (perinatal care))	15	2 Sukhato et al., 2015 Grassley & Sauls, 2012
((adolescent pregnancy) OR (adolescence pregnancy)) AND psychological risk	13	0

CINHAL		
Combinaisons mots-clés avec opérateurs booléens	Nombre d'articles	Nombre d'articles retenus
pregnancy in adolescence AND perinatal care AND obstetric outcomes	71	0
pregnancy in adolescence AND perinatal care AND prenatal care	154	0
pregnancy in adolescence AND pregnancy outcomes AND perinatal care	237	0
pregnancy in adolescence AND midwifery care AND pregnancy outcomes	45	1 Butcher, Williams & Jones, 2016
((adolescent pregnancy) OR (adolescence pregnancy)) AND psychological risk	100	0
((adolescent pregnancy) OR (adolescence pregnancy)) AND psychological outcomes	3131	0

((adolescent pregnancy[Title] OR (adolescence pregnancy[Title])) AND (psychological outcomes[Title]))	227	0
adolescent mothers AND psychosocial outcomes	277	0
adolescent mothers[Title] AND psychosocial outcomes	28	0

14.2 Annexe 2, Références bibliographiques des articles présélectionnés

- Birkeland, R., Thompson, J. K. & Phares, V. (2005). Adolescent Motherhood and Postpartum Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(2), 292-300. doi : 10.1207/s15374424jccp3402
- Butcher, A., Williams, P. & Jones, F. (2016). Is the introduction of a named midwife for teenagers associated with improved outcomes? A service development project. *British Journal of Midwifery*, 24(5), 331-338. doi : 10.12968/bjom.2016.24.5.331
- Das, S., Dhulkotia, J. S., Brook, J. & Amu, O. (2007). The impact of a dedicated antenatal clinic on the obstetric and neonatal outcomes in adolescent pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27(5), 464-466. doi : 10.1080/01443610701406042
- Fleming, N., O'Driscoll, T., Becker, G., Spitzer, R. F., Allen, L., Millar, D., ... Spitzer, R. (2015). Adolescent Pregnancy Guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(8), 740-756. doi:10.1016/S1701-2163(15)30180-8
- Grassley, J. S. & Sauls, D. J. (2012). Evaluation of the Supportive Needs of Adolescents during Childbirth Intrapartum Nursing Intervention on Adolescents' Childbirth Satisfaction and Breastfeeding Rates. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), 33-44. doi : 10.1111/j.1552-6909.2011.01310.x
- Great Britain & Department for Children, S. and F. (2008). *Teenage parents: who cares? : a guide to commissioning and delivering maternity services for young parents*. Annesley: DCSF Publications.
- Gupta, N., Kiran, U. & Bhal, K. (2008). Teenage pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 137(2), 165-171. Doi : 10.1016/j.ejogrb.2007.06.013
- Kaplanoglu, M., Bülbül, M., Konca, C., Kaplanoglu, D., Tabak, M. S. & Ata, B. (2015). Gynecologic age is an important risk factor for obstetric and perinatal outcomes in adolescent pregnancies. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 28(4), 119-123. doi: 10.1016/j.wombi.2015.07.002
- Kawakita, T., Wilson, K., Grantz, K. L., Landy, H. J., Huang, C.-C. & Gomez-Lobo, V. (2016). Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2), 130-136. Doi : 10.1016/j.jpag.2015.08.006

- Koniak-Griffin, D., Anderson, N. L., Brecht, M.-L., Verzemnieks, I., Lesser, J. & Kim, S. (2002). Public health nursing care for adolescent mothers: impact on infant health and selected maternal outcomes at 1 year postbirth. *Journal of Adolescent Health*, 30(1), 44-54. doi : 10.1016/S1054-139X(01)00330-5
- Konicheckis, A. (2006). Grossesse à l'adolescence, aire du culturel et tissage des liens précoces, Abstract, Resumen. *Adolescence*, no 55(1), 175-188. doi : 10.3917/ado.055.0175
- Leftwich, H. K. & Alves, M. V. O. (2017). Adolescent Pregnancy. *Pediatric Clinics of America*, 64(2), 381-388. doi : 10.1016/j.pcl.2016.11.007
- Madkour, A. S., Xie, Y. & Harville, E. W. (2013). The Association Between Prepregnancy Parental Support and Control and Adolescent Girls' Pregnancy Resolution Decisions. *Journal of Adolescent Health*, 53(3), 413-419. doi : 10.1016/j.jadohealth.2013.04.016
- Mersal, F. A., Esmat, O. M. & Khalil, G. M. (2013). Effect of prenatal counselling on compliance and outcomes of teenage pregnancy. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 19(1), 10-17. Accès applications.emro.who.int/emhj/v19/01/EMHJ_2013_19_1_0010_0017.pdf?ua=1
- Olsson, C. A., Horwill, E., Moore, E., Eisenberg, M. E., Venn, A., O'Loughlin, C. & Patton, G. C. (2014). Social and Emotional Adjustment Following Early Pregnancy in Young Australian Women: A Comparison of Those Who Terminate, Miscarry, or Complete Pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 54(6), 698-703. doi : 10.1016/j.jadohealth.2013.10.203
- Rosengard, C., Phipps, M. G., Adler, N. E. & Ellen, J. M. (2004). Adolescent pregnancy intentions and pregnancy outcomes: A longitudinal examination. *Journal of Adolescent Health*, 35(6), 453-461. doi : 10.1016/j.jadohealth.2004.02.018
- Siegel, R. S., & Brandon, A. R. (2014). Adolescents, Pregnancy, and Mental Health. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27(3), 138-150. doi : 10.1016/j.jpag.2013.09.008
- Stevens, J., Lutz, R., Osuagwu, N., Rotz, D. & Goesling, B. (2017). A randomized trial of motivational interviewing and facilitated contraceptive access to prevent rapid repeat pregnancy among adolescent mothers. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(4), 423. doi : 10.1016/j.ajog.2017.06.010

Sukhato, K., Wongrathanandha, C., Thakkinstian, A., Dellow, A., Horsuwansak, P. & Anothaisintawee, T. (2015). Efficacy of additional psychosocial intervention in reducing low birth weight and preterm birth in teenage pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Adolescence*, 44, 106-116. doi : 10.1016/j.adolescence.2015.07.013

14.3 Annexe 3, Échelle du stress perçu

Échelle de stress perçu pour les femmes lors du post-natal (PNPSI)

Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J-P., Sellenet, C., Epiney, M. (2013). Validation of the PostNatal Perceived Stress Inventory (PNPSI) in a French-speaking population of primiparous women. *JOGNN*, 42, 685-696

Voici une liste des soucis et d'inquiétudes que vous pouvez ressentir comme stressants.

Consignes : Lisez bien chaque phrase. Pour chacune vous avez le choix entre cinq réponses possibles.

Choisissez celle qui correspond le mieux à ce que vous ressentez en ce moment à propos du problème en question en cochant par une X à droite l'une des cinq réponses proposées (cochez une seule case pour chaque ligne) :

1 : non je ne me sens pas du tout stressée ;

2 : oui, je me sens un peu stressée ;

3 : oui je me sens moyennement stressée;

4 : oui je me sens très stressée ;

5 : oui, je me sens énormément stressée.

	<i>Je suis plus ou moins stressée par.....</i>	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Moyen- nement	4 Très	5 Enormé ment
Facteur 1 : fatigue et organisation à la maison						
1	...ma fatigue, mon manque de sommeil					
2	...le fait d'être débordée et d'avoir peu de temps pour moi					
3	... Le rythme du bébé (bébé qui pleure, qui demande beaucoup)					
4	... le fait de ne pas pouvoir faire ce que je faisais avant (sortir, voyager,...)					
Facteur 2 : Relation au bébé						
5	... l'état de santé du bébé					
6	...l'idée de la mort subite du nourrisson					
7	... le fait de donner les soins au bébé (bain, soins du cordon, changes...)					
8	...L'impression de ne pas être à la hauteur pour m'occuper du bébé					
Facteur 3 : Rapport au corps						
9	... La cicatrice d'épisiotomie et les lésions liées à l'accouchement (le fait de ne pas reconnaître mon corps					
10	la douleur de la cicatrice (épisiotomie ou césarienne)					
11	...la reprise de ma sexualité					
Facteur 4 : Alimentation de l'enfant						
12	...Le fait de ne pas savoir si mon bébé mange suffisamment					
13	...la douleur de l'allaitement					
14	l'écart entre ce que je m'étais imaginé et ce que j'ai vécu vis-à-vis de : l'allaitement, du rythme du bébé, de l'organisation à la maison. (soulignez ce qui vous convient).					
15	...les propos contradictoires des soignants					
Facteur 5 : Projections futures						
16	...La garde du bébé quand je reprendrai mon travail					
17	...La reprise de mon travail (ou de mes activités)					
Facteur 6 : Relations au partenaire						
18	...Ma relation avec mon partenaire					
19	...La place du père auprès du bébé					

