



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Grossesse chez les adolescentes :

**Complications obstétricales et fœtales à la
Maternité Régionale Universitaire de Nancy**

Mémoire présenté et soutenu par

Amélie BORG

Promotion 2006 - 2012

Remerciements

A Madame Galliot, sage-femme cadre enseignante à l'école Albert Fruhinsholz de Nancy, pour avoir accepté de diriger ce mémoire, m'avoir guidée et encouragée dans sa réalisation ;

A Madame Opitz, sage-femme de consultations et de salle de naissance à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, pour ses conseils et ses suggestions pertinentes ;

A mes parents et mon frère, pour leur aide précieuse, leur patience et leur soutien tout au long de ces années d'études ;

A mes amis, pour leur présence et les moments inoubliables passés ensemble.

SOMMAIRE

Sommaire	3
Préface.....	4
Liste des abréviations.....	5
Introduction	6
Partie 1 : La grossesse à l'adolescence	7
1. Généralités	8
2. Profil psychologique.....	11
3. Complications obstétricales et fœtales.....	13
Partie 2 : Etude concernant les grossesses chez les mineures	17
1. Méthodologie de l'étude.....	18
2. Présentation des résultats	22
Partie 3 : Analyse et discussion	30
1. Discussion méthodologique	31
2. Analyse et discussion des résultats de l'étude.....	32
3. Proposition d'une prise en charge spécifique	37
Conclusion.....	40
Bibliographie	41
TABLE DES MATIERES	45
Annexe 1	I
Annexe 2.....	II
Annexe 3.....	III

PREFACE

Au cours de mes études à l'école de sages-femmes de Nancy, lors de mes différents stages, j'ai eu l'occasion de prendre en charge des adolescentes enceintes. Que ce soit pour interrompre leur grossesse, pour le suivi anténatal, l'accouchement et les suites, le cas de ces jeunes filles m'a toujours intéressé.

J'ai été interpellée par ces différentes rencontres et intéressée par les suites de leur grossesse. Je me suis demandée si elles étaient à risque de présenter des pathologies particulières ? Si leurs accouchements étaient eutociques ? Et si elles étaient suivies d'une façon spécifique ?

Ainsi ces interrogations m'ont conduit à réaliser mon mémoire de fin d'étude sur ce sujet.

Liste des abréviations

ATCD : Antécédent

CRAP : Coefficient de Risque d'Accouchement Prématuro

DA : Délivrance Artificielle

DIM : Département d'Informatique Médicale

FC : Fausse Couche

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HDD : Hémorragie De la Délivrance

HTA : Hypertension Artérielle

INED : Institut National des Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

MRUN : Maternité Régionale Universitaire de Nancy

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RCIU : Restriction de Croissance Intra Utérine

RU : Révision Utérine

Introduction

La grossesse à l'adolescence n'est pas un phénomène nouveau, il a toujours existé en France. Il s'agit parfois d'un rite de passage dans les sociétés coutumières comme dans la culture africaine ou gitane.

Durant sa carrière, la sage-femme peut être amenée à prendre en charge ces adolescentes à n'importe quel moment de leur grossesse. Faisant partie des âges extrêmes de la vie, elles ont été classées dans les grossesses à risque par l'HAS. En effet, de nombreux auteurs décrivent une augmentation de certaines pathologies durant la grossesse, à l'accouchement et dans le post-partum. Cependant en France, elles ne font pas l'objet d'un suivi spécifique en maternité, contrairement au Royaume-Uni où il existe des sages-femmes particulières pour suivre ces grossesses.

L'objectif de notre travail est d'évaluer l'influence de la grossesse chez les patientes mineures sur les complications obstétricales et fœtales à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur 61 dossiers médicaux de la MRUN du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2010.

Dans un premier temps, nous exposerons quelques généralités et complications survenant pendant la grossesse à l'adolescence.

Dans un deuxième temps, nous présenterons notre étude ainsi que les résultats que nous avons obtenus.

Enfin, dans un troisième temps, nous analyserons et discuterons de ceux-ci en les comparant à des données de la littérature afin de voir si nos résultats sont concordants. Nous proposerons également une piste de prise en charge de ces mineures enceintes.

Partie 1 : La grossesse à l'adolescence

1. GENERALITES

1.1. Définition de l'adolescence

L'adolescence est une notion difficile à définir, il s'agit de la transition entre l'enfance et l'âge adulte. Cependant cette frontière n'est pas facile à cerner car, comme le dit le Pr M. Uzan, les points de repères de la maturité biologique arrivent de plus en plus tôt et n'en constituent plus les limites.

Au niveau étymologique, le mot adolescence vient du verbe latin « adolescere » qui signifie grandir. Il se conjugue au participe présent pour donner « adulescens », qui est en train de grandir ; et au participe passé « adultus », qui a grandi [1].

L'OMS définit l'adolescence comme la tranche d'âge allant de 10 à 19 ans, elle débute à l'apparition des premiers signes de la puberté et sa fin dépend de chaque individu en fonction de sa maturité physique, psychologique, sexuelle et sociale [2].

Plusieurs termes sont utilisés pour définir la grossesse à cette période : grossesse précoce, grossesse adolescente, grossesse chez une mineure. Mais cela ne correspond pas toujours au même groupe de population, il peut s'agir de jeunes filles de moins de 15 ans, 18 ans ou 20 ans.

Dans notre étude, nous avons fait le choix d'étudier les adolescentes mineures juridiquement, soit moins de 18 ans à leur accouchement.

1.2. Epidémiologie

Selon l'INSEE, 4925 patientes mineures ont accouché en France en 2009 pour un total de 473 710 naissances. La proportion de grossesses chez les adolescentes est définie comme le nombre de naissance chez les moins de 18 ans, sur le nombre total de naissance pour un pays. La proportion de grossesses menées à terme chez les adolescentes est de 1% [3] et est stable depuis 2000 en France.

Le taux de grossesse chez les adolescentes correspond au nombre total de grossesses (les naissances, les interruptions volontaires, les fausses couches spontanées) pour les jeunes femmes de moins de 18 ans, divisé par le nombre total de femmes appartenant à ce groupe d'âge. Il s'exprime pour 1000 personnes. En France, ce taux est

estimé à 24 pour 1000 en 2000, il est stable depuis les années 90 ; environ un tiers est mené à terme [4].

Le taux de fécondité pour les adolescentes est le nombre de naissances vivantes chez les jeunes filles de moins de 18 ans, divisé par le nombre total de femmes appartenant à ce groupe d'âge. En France, il est de 8 pour 1000 en 2010 d'après l'INSEE [5]. Ce taux a légèrement diminué, il était de 10 pour 1000 en 2000.

Pour deux tiers des grossesses survenant à l'adolescence, cela conduira à une IVG. Selon l'INED, les mineures représentent 7% du nombre total d'IVG pratiquées en France en 2006, il ne s'agit pas de la plus grosse part des IVG contrairement aux idées reçues [6].

1.3. Législation

En droit, il n'existe pas de définition de l'adolescence, on parle de majorité à partir de 18 ans et à ce moment-là, la personne acquiert son autonomie juridique. De ce fait, la grossesse adolescente est considérée comme une grossesse mineure au niveau législatif [7].

L'adolescente est soumise à l'autorité de ses parents jusqu'à sa majorité, ce qui signifie qu'il faut l'information et le consentement des titulaires de l'autorité parentale pour les choix et la prise en charge concernant la santé de celle-ci [8]. La personne mineure est considérée comme incapable mais il y a des exceptions pour l'utilisation de produits contraceptifs ou le recours à l'IVG. La grossesse émancipe pour les décisions à prendre sur l'enfant issu de la grossesse précoce, ce qui signifie que l'adolescente a la responsabilité du fœtus mais elle ne l'émancipe pas elle-même contrairement au mariage [9].

L'adolescente a trois possibilités pour la suite de sa grossesse : elle peut soit l'accepter et aller jusqu'à la naissance de l'enfant, il y aura alors l'établissement de la filiation entre l'enfant et sa mère ; soit l'accouchement peut être suivi de l'abandon de l'enfant en vue de son adoption (l'accouchement peut avoir lieu au secret ou non) ; soit l'adolescente peut avoir recours à l'interruption de grossesse, de façon volontaire ou pour raison médicale.

Pour la sage-femme, la grossesse à l'adolescence pose à la fois un problème législatif mais aussi un problème éthique. Le problème éthique apparaît dans le fait que

la mineure peut prendre une décision de façon autonome pour sa grossesse mais doit être accompagnée d'une personne majeure qui est là pour rendre « valable » son choix. Au niveau législatif, certains actes, comme la césarienne, posent problème puisque pour toute intervention sur une personne mineure il faut l'accord du titulaire de l'autorité parentale [10].

Nous retrouvons ces informations dans la loi du 4 mars 2002, les articles L. 1111-2 à 5, L. 2212-7, L. 2311-4 du code de la santé publique et l'article R. 4127-330 du code de déontologie des sages-femmes.

2. PROFIL PSYCHOLOGIQUE

Les grossesses chez les adolescentes ont existé de tout temps en étant plus ou moins tabou. Elles persistent encore de nos jours et sont plus marquantes du fait du recul de l'âge moyen du premier enfant. Malgré la libéralisation des moyens contraceptifs, la légalisation de l'IVG, la vente libre des préservatifs et les campagnes d'information, de sensibilisation à ce sujet ; certaines jeunes filles échappent à cette prévention et se retrouvent enceintes.

Dans la littérature, nous retrouvons plusieurs profils psychologiques de ces adolescentes enceintes. Différentes classifications sont énoncées selon les auteurs [11, 12, 13] mais globalement, nous en distinguons trois catégories comme les présentent N. Seince, I. Pharisien et M. Uzan [3, 4].

2.1. La grossesse « culturelle »

Ce type de grossesse permet de vérifier l'intégrité du corps, de se rassurer sur la capacité à procréer. Dans les sociétés coutumières comme celles africaines, gitanes ou maghrébines, l'enfantement est valorisant et considéré comme un rituel de passage entre l'enfance et le monde adulte.

Dans ce cas, la grossesse est souvent programmée après un éventuel mariage et permet une reconnaissance sociale aux yeux d'un couple, d'une famille, d'un clan. En général, le suivi de ces jeunes filles enceintes est régulier et leur comportement est comparable à celui de femmes plus âgées.

2.2. La grossesse dite « misérable »

Elle permet la recherche d'un objet de comblement d'une carence souvent affective dans l'enfance. Ce sont généralement des jeunes filles qui ont vécu une enfance difficile, des violences physiques ou une négligence éducative durant la petite enfance.

Les adolescentes souffrent souvent d'une mauvaise estime de soi et ce statut de mère leur permet de concrétiser un conflit latent. La grossesse équivaut à un remède et l'enfant vient compenser les angoisses dépressives et la sensation d'abandon de ces patientes.

Ces jeunes femmes sont fréquemment en rupture scolaire, sociale et familiale, ont des conduites agressives ou encore des conduites addictives et sont en conflit avec leur famille.

2.3. La grossesse « violente »

La grossesse semble être une conduite agressive directement dirigée contre son propre corps, il y a une prise de risque, une mise en danger de soi. Il s'agit d'un passage à l'acte au même titre qu'une sexualité non protégée et à risque, les troubles du comportement alimentaire ou les tentatives de suicide fréquemment retrouvés chez ces jeunes filles.

Souvent, ces grossesses sont découvertes tardivement et sont mal suivies. Elles sont accidentelles mais surviennent dans le cadre d'une sexualité non ou mal protégée connue par les jeunes femmes. Ces adolescentes sont en général scolarisées et vivent chez leurs parents qui les accompagnent pour la prise en charge de leur grossesse, c'est-à-dire soit une IVG si le diagnostic est précoce, soit à défaut une naissance.

Dans tous ces profils psychologiques, la grossesse peut être un accident mais aussi venir d'un désir conscient ou inconscient d'être enceinte. Cette situation donne aux adolescentes un statut social, un revenu par le biais de l'allocation jeune enfant et l'allocation parent isolé, un objectif, un rôle à jouer. Elle permet en quelque sorte une valorisation de soi.

Cependant, du fait de leur jeune âge, ces jeunes filles sont plus fragiles, ont un contexte psycho-social difficile, ne font pas suivre leur grossesse ; et ce comportement à risque peut conduire à différentes complications durant cette grossesse.

3. COMPLICATIONS OBSTETRIQUES ET FOETALES

La littérature nous montre qu'il existe plusieurs types de complications survenant chez les adolescentes. Cependant nous pouvons observer quelques discordances selon les études. Elles nous serviront de point d'ancrage pour comparer nos propres résultats. Nous retrouvons des complications en anténatal lors du suivi de la grossesse, au moment de l'accouchement, puis dans le post-partum.

3.1. Complications maternelles prénatales

SEINCE N., PHARISIEN I., UZAN M. [3,4] ont réalisé une étude rétrospective sur 7 ans (de 1996 à 2003) concernant la grossesse et l'accouchement de l'adolescente chez 328 patientes de 12 à 18 ans ayant accouché à l'hôpital Jean Verdier en Seine-Saint-Denis [étude 1]. MARCELLI D., ALVIN P. [8] ont étudié l'environnement psycho-social et économique des grossesses à l'adolescence ainsi que les complications pouvant survenir chez 81 patientes du Centre Hospitalier de Poitiers sur 5 ans (de 1994 à 1999) [étude 2]. Ces deux études ont décrit un risque plus accru d'HTA gravidique et de pré-éclampsie pour les jeunes filles de moins de 15 ans, et après cet âge, ce risque est identique à la population générale.

COMBESCURE C. [14] a effectué une étude rétrospective sur 10 ans (de 1995 à 2005) à la Maternité Régionale de Nancy afin d'évaluer les complications maternelles et fœtales des grossesses chez les adolescentes de moins de 25 ans [étude 3]. XENARD M-E. [15] a réalisé une étude rétrospective à partir de 89 dossiers d'adolescentes ayant accouchées avant leur 18 ans à la Maternité Régionale de Nancy sur 3 ans (de 1996 à 1998) afin d'étudier les difficultés médicales, psychologiques et sociales de ces patientes [étude 4]. Elles montrent que les anémies ferriprives (hémoglobine < 11g/dl) sont plus fréquemment retrouvées et cela serait lié à la croissance des adolescentes ainsi qu'aux carences nutritionnelles d'une alimentation déséquilibrée.

Dans ces mêmes études [8, 14, 15], les MAP sont plus importantes ce qui est concordant avec le CRAP, Coefficient du Risque d'Accouchement Prématuré, puisque de nombreux facteurs concernent les adolescentes [Annexe 1].

SOULA O., CARLES G., LARGEAUD W., et al. [16] ont étudié l'incidence et les conséquences de la grossesse et de l'accouchement de 181 adolescentes de moins de 15 ans à la maternité de Saint Laurent en Guyane sur 10 ans (de 1991 à 2001) [étude 5]. Ils ont trouvé que les complications infectieuses génitales à chlamydiae trachomatis et urinaires sont plus importantes [14, 15] du fait des partenaires multiples de ces jeunes filles et de leur hygiène de vie.

DEDECKER F., DE BAILLIENCOURT T., BARAU G., et al. [17] ont effectué une étude rétrospective sur 2 ans (2001-2002) afin d'analyser les facteurs de risques obstétricaux de 365 grossesses adolescentes primipares de l'île de la Réunion [étude 6]. FILOU A. [18] a réalisé une étude rétrospective de 172 dossiers d'adolescentes enceintes ayant accouché à la maternité Jean Verdier à Bondy du 1^{er} janvier 2007 au 30 avril 2010, en comparaison avec le rapport du Pr M. Uzan en 1998 qui a été effectué dans cette maternité [étude 7]. Ils retrouvent plus de prise de poids excessive. Cependant, elles auraient moins de risque de développer un diabète gestationnel.

3.2. L'accouchement

Il y a plus d'extractions instrumentales [3, 4, 15, 18] du fait de l'allongement des efforts expulsifs, des fœtus fragilisés par une RCIU ou une prématurité et plus d'épisiotomie [8, 14, 18] afin de diminuer le temps d'expulsion.

A contrario, les enfants étant moins gros, il existe moins de disproportion fœto-pelvienne, par conséquent les césariennes sont moins fréquentes [8, 14, 17].

Les déchirures sont également moins fréquentes [14, 15] grâce à l'élasticité des tissus et des ligaments selon certains auteurs.

Concernant l'hémorragie de la délivrance [3, 4, 8, 15] et la révision utérine [15], les avis divergent selon les études.

3.3. Complications fœtales et néonatales

L'HTA, la mauvaise alimentation, les conditions de vie moyennes entraînent une souffrance fœtale chronique qui engendre plus de RCIU [3, 4, 8].

La prématurité va de paire avec la MAP et est donc plus importante chez les patientes mineures [14, 15, 16, 17]. De même, les transferts en service de néonatalogie sont plus fréquents [14, 15, 16, 18].

Les risques de malformations fœtales et d'anomalies chromosomiques semblent plus importants [3, 4, 8] et s'expliquent par la consommation importante de tabac, d'alcool ou de drogues ainsi que l'alimentation déséquilibrée.

3.4. Le post-partum

Le pronostic maternel est bon au niveau médical mais défavorable au niveau socio-affectif [8, 16] puisque nous remarquons que ces adolescentes sont le plus souvent déscolarisées et ont une mauvaise insertion professionnelle.

Le pronostic néonatal est plutôt mitigé lui aussi car nous constatons une augmentation du taux de mortalité périnatale ainsi qu'un excès de mortalité infantile [8, 15, 16] (accidents domestiques, maltraitance) en comparaison à la population générale.

Tableau n°1 : Analyse comparative des résultats des études retrouvées dans la littérature sur le thème des complications obstétricales :

		Etude 1 [3, 4]	Etude 2 [8]	Etude 3 [14]	Etude 4 [15]	Etude 5 [16]	Etude 6 [17]	Etude 7 [18]
Général	Primigeste	85,20%					89,50%	80,5%
	ATCD FC	5,40%					6,30%	6,50%
	ATCD IVG	6,70%					4,40%	13%
	Tabac	27,70%	35%		64,20%		13%	22,50%
Surveillance	Mauvais Suivi	28%	25%		44%	45,70%		75%
	Diabète			2,30%	moins		0,80%	5%
	HTA		11%	moins			3,30%	
	Pré-éclampsie	2,70%		moins	moins		3,30%	4%
	Anémie	31,40%		plus	plus	16,90%		40,80%
	Infections U et V			plus	19% U 37% V	9,9% chlamydiae		5% U
	MAP		22,20%	plus	30%	16,30%		10%
Hospitalisation			64%	67,40%		27,60%	43,20%	
Accouchement	Instrument	18,50%	18%		20%	11,60%	10%	20,70%
	Césarienne	8,80%	6%	moins	10%		6,10%	11,80%
	Episiotomie		plus	plus				30,20%
	Déchirures			moins	7,50%			20,70%
	HDD	5,40%	5,50%		21,30%			
	RU				18%			
Foetus et Nné	poids < 2500g					Plus	14,90%	11%
	Prématurité	8,80%	11,50%	plus	20%	19%	17,20%	10,10%
	RCIU	17,60%	plus	moins				
	Malformation	3,20%	plus					
	Transfert	11%		plus	25,50%	25%	9%	17,40%

Légende :

- Plus : il y en a plus que dans la population générale
- Moins : il y en a moins que dans la population générale
- U : urinaire
- V : cervico-vaginale

Ces résultats nous serviront en comparaison de ceux obtenus dans notre étude qui se déroule à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

*Partie 2 : Etude concernant les grossesses chez
les mineures*

1. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1.1. Problématique

Les grossesses chez les jeunes filles n'ont jamais cessé d'exister. Dans l'antiquité, les filles pouvaient se marier puis avoir des enfants dès la puberté. Au Moyen-âge, les jeunes femmes étaient mariées très jeunes et de façon arrangée afin d'assurer une descendance le plus rapidement possible.

Actuellement en France, nous observons un recul de l'âge maternel moyen du premier enfant. De ce fait, les grossesses chez les adolescentes sont plus marquantes alors qu'il ne s'agit pas d'un phénomène nouveau.

La sage-femme est pleinement concernée par ce problème de santé publique. A tout moment de sa carrière, elle peut être amenée à prendre en charge une patiente mineure en consultation, en préparation à la naissance, en salle de naissance ou en suites de couches ; dans le cadre de la contraception, du suivi de grossesse ou d'une IVG.

L'adolescence est une période où il y a beaucoup de prises de risque, de volonté d'expérimenter de nouvelles choses. La prise de drogues, les comportements alimentaires à risques, les rapports sexuels non protégés en sont des exemples. Cela peut conduire à une grossesse qui comporte des risques et qui peut entraîner plusieurs types de complications au niveau obstétrical et fœtal.

Plusieurs études ont été menées ces dernières années au niveau local en France afin de mettre en évidence ces complications.

Existe-t-il les mêmes complications en anténatale et en per-partum chez les grossesses adolescentes à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy que dans la littérature ?

1.2. Hypothèses

- Le suivi de la grossesse des adolescentes n'est pas régulier et sa découverte est tardive à Nancy.
- Les complications à type de MAP, d'anémie, d'HTA, d'infection, sont plus fréquentes pour les patientes mineures.
- L'accouchement par forceps, ventouse ou césarienne est fréquemment retrouvé chez les jeunes femmes de moins de 18 ans.
- Les nouveau-nés sont de plus petits poids et la prématurité est plus importante.

1.3. Objectifs

- Evaluer l'influence de la grossesse chez les patientes adolescentes sur les complications obstétricales et fœtales à la MRUN.
- Décrire les conséquences obstétricales et fœtales retrouvées.
- Comparer les résultats de notre étude à ceux retrouvés dans la littérature.

1.4. Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude rétrospective comparative monocentrique de 61 dossiers de patientes mineures ayant accouché à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2010. La MRUN représente plus de 3500 accouchements par an [19], il s'agit du seul établissement de type III de la région Lorraine. Il accueille toutes les patientes ainsi que les transferts d'autres établissements du réseau périnatal lorrain.

Le recrutement de notre population a été effectué par le Département d'Informatique Médicale de l'établissement. Nous avons consulté le dossier de chaque patiente aux archives de la maternité après avoir rempli une fiche de procédure d'accès aux dossiers médicaux [annexe 2].

Population étudiée :

- Critères d'inclusion : nous avons inclus dans notre population toute jeune fille ayant accouché, d'un enfant né vivant et viable, avant sa majorité, soit 18 ans en France, durant la période choisie.
- Critères d'exclusion : sur les 61 dossiers médicaux retenus, 2 patientes ont eu recours à une IMG ; nous les avons exclu de l'étude.
- Echantillon retenu : notre échantillon comprend donc 59 adolescentes. 3 d'entre elles ont accouché une deuxième fois avant leur 18 ans dans notre établissement, nous avons donc 62 accouchements.

Nous avons réalisé une grille de recueil [annexe 3] comportant les items retrouvés dans les études de la littérature.

Nous avons choisi d'analyser les variables de notre étude une par une afin de pouvoir les comparer aux autres études retrouvées.

1.5. Outils

Les données de notre grille de recueil ont été saisies dans le logiciel Excel. Nous avons calculé nos effectifs, pourcentages ; et moyennes et écart-types pour nos variables quantitatives.

Toutes nos informations ont été exploitées sous forme de variables qualitatives. Nous nous sommes servis de tableaux de contingence pour établir notre population observée et notre population attendue afin d'effectuer un test de khi deux. Si notre effectif était inférieur à 5, les conditions pour ce test n'étant pas remplies, un test exact de Fisher a été appliqué.

Ces deux tests statistiques ont été réalisés à l'aide d'un logiciel sur le site <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests>.

Lors de la réalisation de ceux-ci, le risque alpha de se tromper, est de 5%. L'hypothèse H_0 est qu'il n'existe pas de différence significative entre les résultats de nos études.

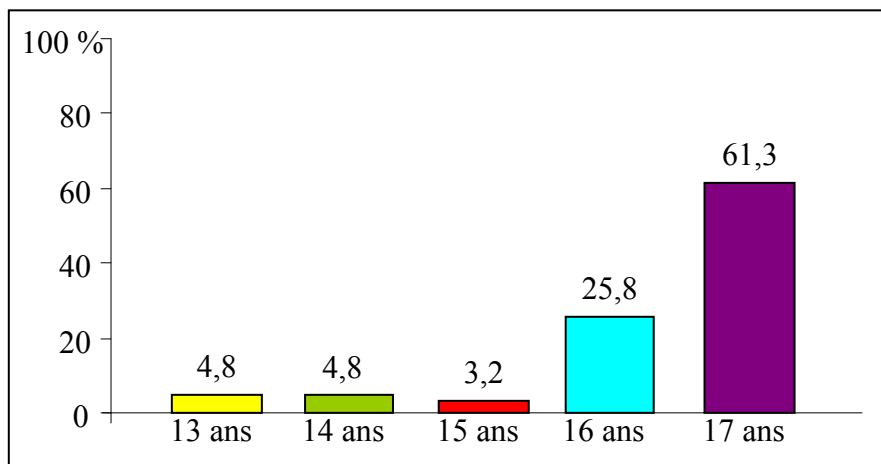
Pour conclure nos tests statistiques, nous rejetons H_0 si notre valeur obtenue p est inférieure à 5%, c'est-à-dire que nous avons une différence significative entre nos études. Si $p > 5\%$, nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse H_0 , aucune différence n'a été retrouvée statistiquement significative. Cependant cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de différence, il est possible que notre test manque de puissance du fait de notre effectif de population.

2. PRESENTATION DES RESULTATS

2.1. Critères généraux

- Age de la population

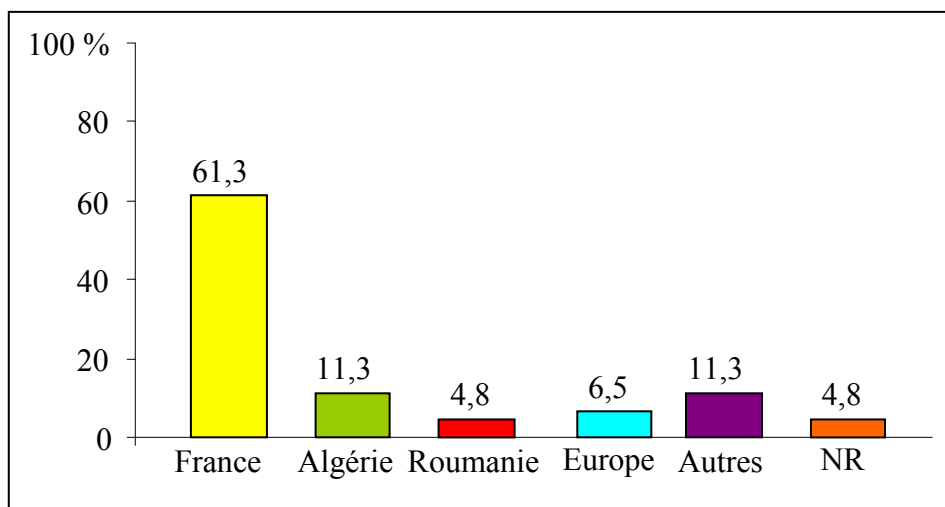
Figure 1 : Age à l'accouchement des adolescentes



38 adolescentes (61,3%) ont 17 ans, 16 (25,8%) ont 16 ans. Elles ont entre 13 et 17 ans avec un âge moyen de 16,28 ans +/- 0,87 ans.

- Origine géographique

Figure 2 : Répartition des adolescentes selon leur origine géographique

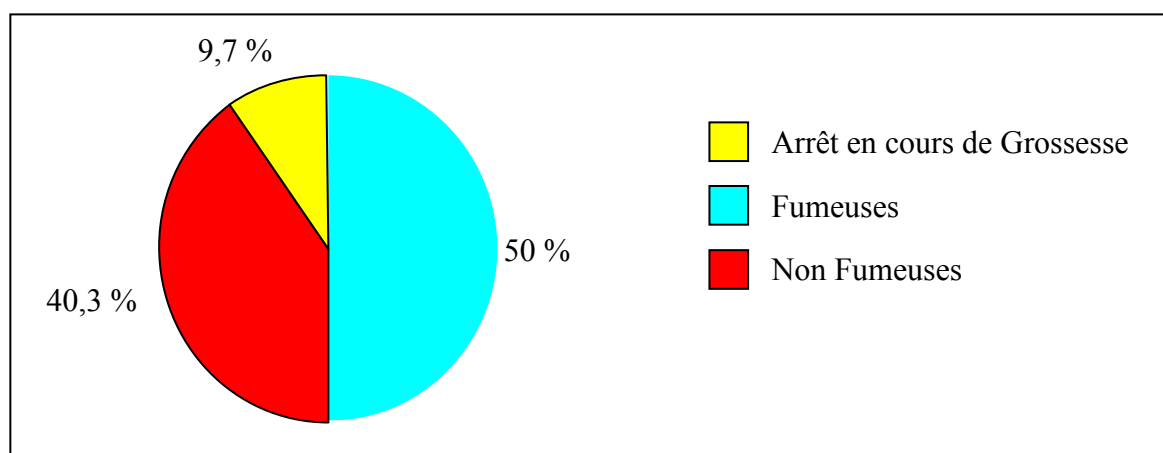


Cet item n'est pas renseigné pour 3 dossiers (4,8%). Nous avons classé dans « Autres » 7 adolescentes (11,3%) dont le pays d'origine n'était présent qu'une fois dans notre population. Elles étaient originaires de Yougoslavie, du Gabon, de Mayotte, de Turquie, de Russie, d'Espagne et de Cote d'Ivoire.

38 adolescentes (61,3%) sont originaires de France métropolitaine et 7 (11,3%) viennent d'Algérie.

- **Tabagisme**

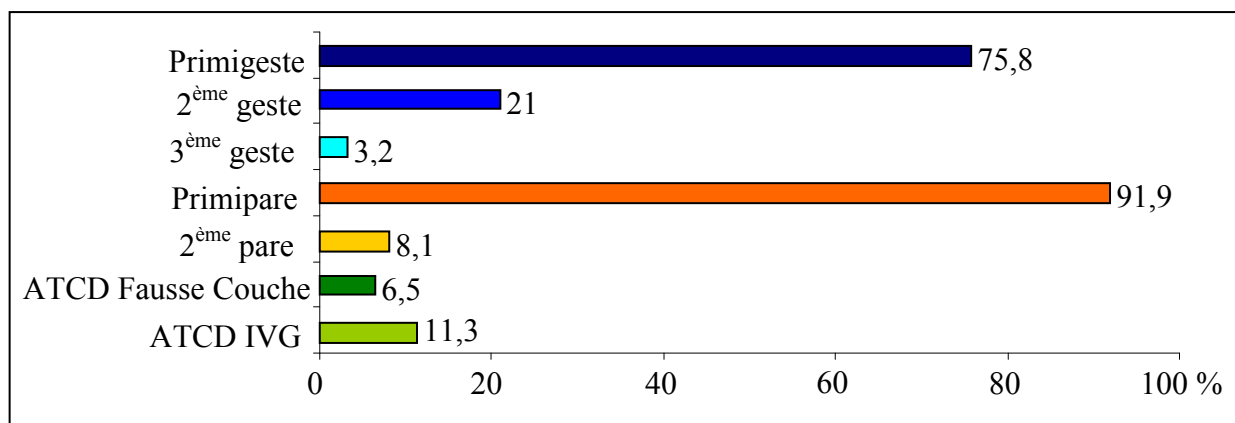
Figure 3 : Tabagisme dans notre population



Les patientes fumeuses représentent 50% (n=31) de notre population. 25 jeunes filles (40,3%) ne fument pas, 6 fumaient avant la grossesse (9,7%) et ont arrêté par la suite. Au total, nous avons donc 59,7% d'adolescentes fumeuses.

- **Antécédents obstétricaux**

Figure 4 : Gestité, parité et antécédents obstétricaux



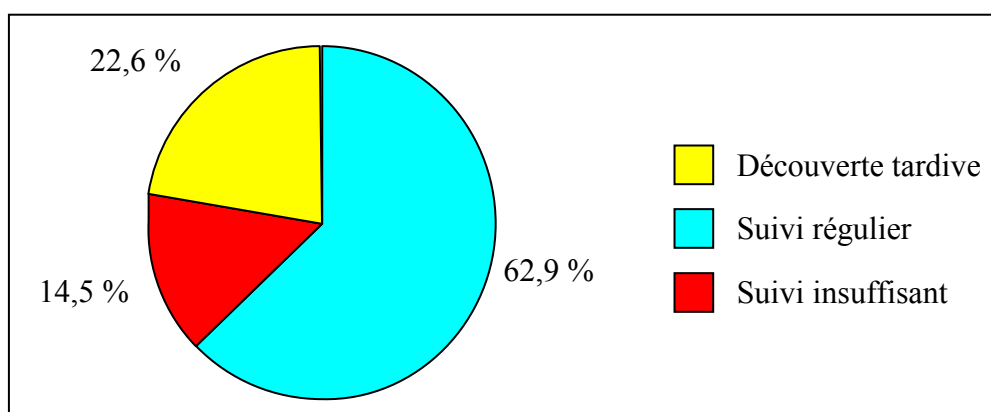
Pour 47 adolescentes (75,8%), il s'agit de la première grossesse ; 5 patientes (8,1%) ont déjà accouché une fois. Il y a 4 antécédents de FC (6,5%) et 7 antécédents d'IVG (11,3%).

2.2. Surveillance prénatale

- **Suivi de la grossesse**

Nous avons qualifié de régulier le suivi réalisé dès le premier trimestre de grossesse, comportant ensuite une consultation par mois ainsi que les trois échographies recommandées. Les grossesses appelées « Découverte tardive » correspondent à un début de suivi de 20SA jusqu'à 35SA en fonction du moment de découverte de la grossesse.

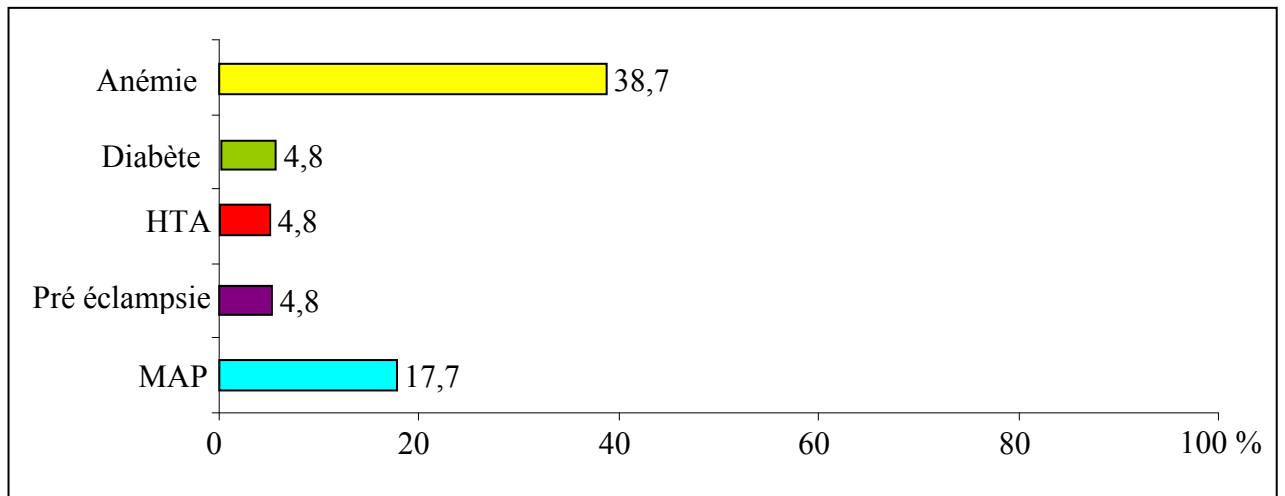
Figure 5 : Qualité du suivi de grossesse



39 adolescentes (62,9%) ont un suivi régulier. 14 grossesses (22,6%) ont été suivies tardivement et de façon insuffisante, soit 9 au deuxième trimestre (14,5%) et 5 au troisième trimestre (8,1%).

- **Complications de la grossesse**

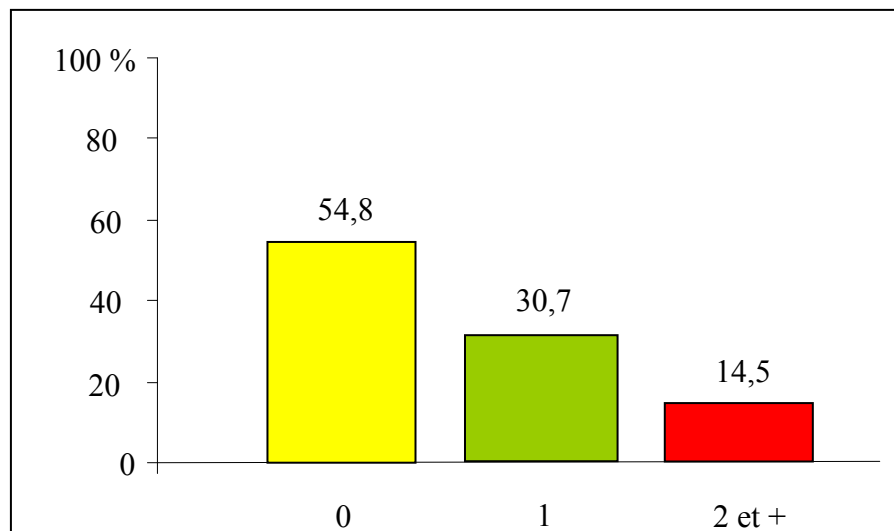
Figure 6 : Type de pathologies rencontrées pendant la grossesse



Une anémie a été retrouvée chez 24 patientes (38,7%) pendant leur grossesse et une MAP a été constatée chez 11 jeunes filles (17,7%).

- **Infections urinaires et vaginales**

Figure 7 : Nombre d'infections urinaires et vaginales dans notre population

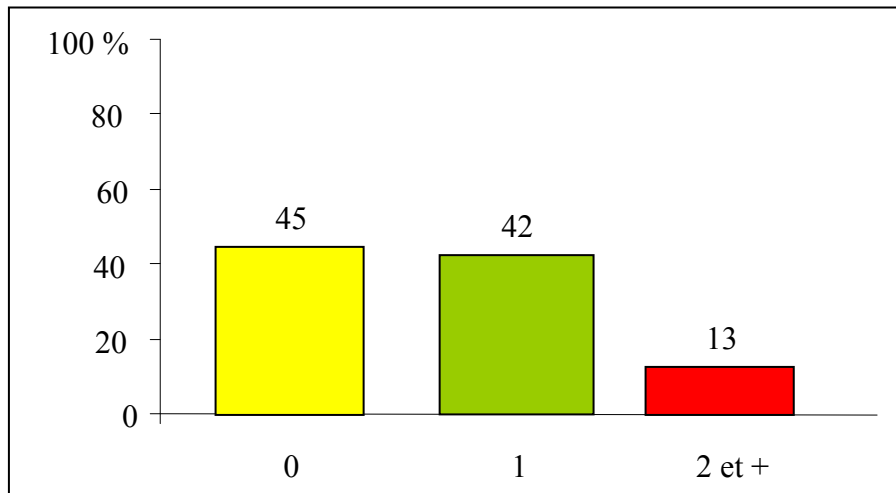


19 patientes (30,7%) ont eu une infection au cours de leur grossesse et 9 (14,5%) en ont eu deux ou plus. Au niveau urinaire, le germe le plus fréquent est E. Coli, mis en évidence sur 7 des 12 prélèvements urinaires positifs ; au niveau vaginal, nous retrouvons essentiellement du candida albicans (n=16/40) puis du mycoplasme (n=6/40)

et de l'ureaplasma urealyticum (n=5/40). Le streptocoque B n'a été retrouvé que sur 3 prélèvements et le chlamydiae trachomatis dans 2 sur 40.

- **Hospitalisation**

Figure 8 : Nombre d'hospitalisation chez les adolescentes durant leur grossesse

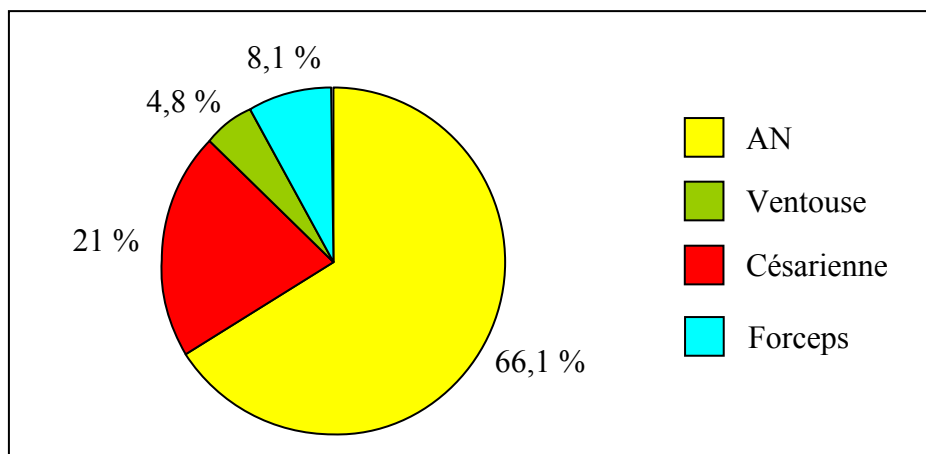


28 grossesses (45%) se sont déroulées sans hospitalisation ; 26 (42%) ont nécessité une hospitalisation et 8 (13%) en ont nécessité deux voir plus. Au total, nous avons retrouvé au moins une hospitalisation dans 55% des grossesses.

2.3. Accouchement

- **Mode d'accouchement**

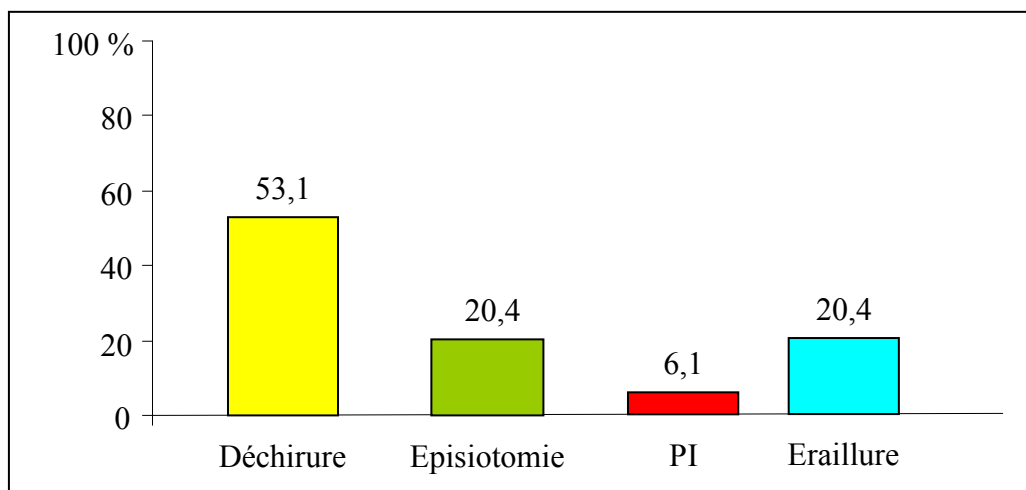
Figure 9 : Voie d'accouchement des patientes mineures



Il y a eu 41 accouchements normaux (66,1%), 5 extractions par forceps (8,1%), 3 par ventouse (4,8%) et 13 césariennes (21%). Nous avons donc 49 accouchements par voie basse (79%), 8 extractions instrumentales (12,9%) et 8 accouchements (12,9%) ont été déclenchés. Les étiologies des césariennes sont multiples : 4 ont été réalisées pour cause de présentation du siège, 3 pour altération de rythme cardiaque fœtal, 2 pour pré-éclampsie, 2 suite à un échec de déclenchement, une pour laparochisis et une pour stagnation de la dilatation cervicale.

- **Périnée**

Figure 10 : Etat du périnée après l'accouchement



Sur les 49 accouchements par voie basse, les déchirures sont retrouvées chez 26 patientes (53,1%), des éraillures chez 10 d'entre elles (20,4%). Il a été nécessaire de pratiquer une épisiotomie pour 10 adolescentes (20,4%) et 3 présentent un périnée intact (6,1%).

- **DA / RU**

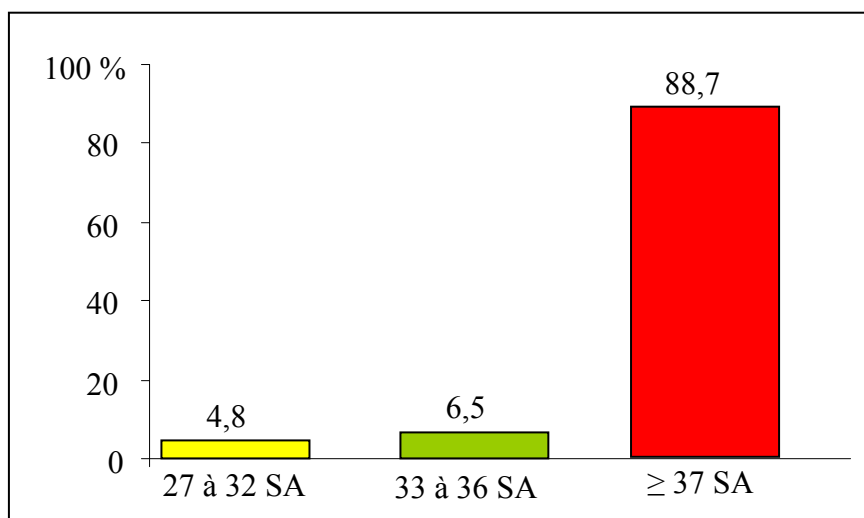
Une révision utérine a eu lieu pour 6 patientes sur les 49 accouchements par voie basse (12,2%) ; 3 suite à une atonie utérine, 2 après une délivrance artificielle et une pour délivrance incomplète.

2.4. Fœtus et Nouveau-né

- **Terme de l'accouchement**

Le terme de la grossesse est exprimé en semaines d'aménorrhée révolues.

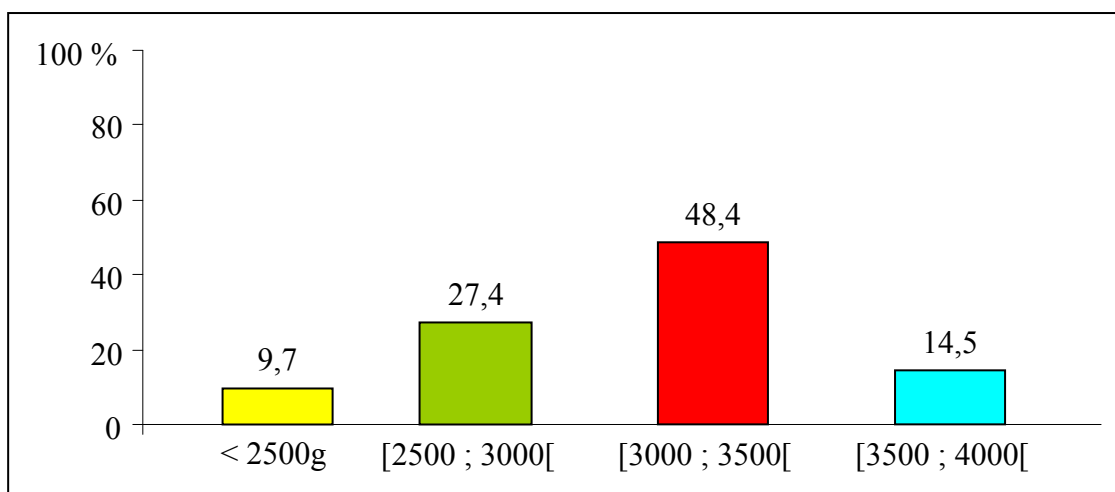
Figure 11 : Répartition du terme des grossesses chez les adolescentes



Une grande prématurité a été observée pour 3 nouveau-nés (4,8%) avec une naissance avant 32SA (un terme à 27SA et deux à 30SA). Une prématurité modérée a été retrouvée pour 4 d'entre eux (6,5%) nés entre 33 et 36SA (deux termes à 34SA et deux à 36SA). Le terme minimum est de 27SA, le maximum est de 41SA ; le terme moyen est de 38,77 SA +/- 1,47SA.

- **Poids de naissance**

Figure 12 : Répartition des poids de naissance des nouveau-nés



Les différents poids de naissances ont été classés par groupe de 500g.

Le poids moyen d'un nouveau-né est 3057g +/- 548g, le plus petit poids est de 1060g (prématuré à 27SA) et le plus gros poids est de 3980g. 17 enfants (27,4%) ont un poids entre 2500 et 3000g et 30 (48,4%) entre 3000 et 3500g. Aucun nouveau-né n'est macrosome (poids > 4000g) et un seul (1,6%) présente une RCIU à -1,5DS (prématurité à 30SA et patiente atteinte d'une pré-éclampsie sévère).

- **Transfert néonatal**

8 enfants sur 62 ont été transférés en unité de néonatalogie : 5 pour cause de prématurité, 2 pour infection et un pour surveillance d'un trouble du rythme. Un nouveau-né a été transféré à l'hôpital d'enfants de Brabois pour chirurgie d'un laparoschisis. Donc 9 enfants (14,5%) ont été transférés en dehors du service de suites de couches. Un nouveau-né est décédé à 25 minutes de vie après une inhalation méconiale massive.

- **Malformations**

2 adolescentes ont eu recours à une IMG parce que leur enfant était porteur d'un syndrome polymalformatif et un nouveau-né présente un laparoschisis, soit un taux de malformations de 4,7%.

Partie 3 : Analyse et discussion

1. DISCUSSION METHODOLOGIQUE

1.1. Limites de l'étude

Notre étude a été menée sur un seul des deux établissements nancéens. De plus, notre échantillon est relativement petit rendant difficile l'analyse de nos pourcentages. Nos résultats sont donc non généralisables à toute la population d'adolescentes enceintes. Il aurait été intéressant d'étudier quelques critères psycho-sociaux comme le lieu de vie, la présence du père... mais ces éléments n'étaient pas toujours renseignés dans les dossiers médicaux ne permettant pas l'analyse de ces informations.

1.2. Biais de l'étude

Plusieurs types de biais sont présents dans notre étude :

- Biais de sélection : notre échantillon n'est pas représentatif de la population générale.
- Biais de confusion : certains facteurs peuvent perturber l'association entre complication retrouvée et exposition du sujet, ainsi nous pouvons avoir des résultats faussement élevés ou bas.
- Biais d'information : certaines données sont manquantes et il peut y avoir des erreurs de classement lors de l'analyse de ceux-ci.

1.3. Choix des études comparatives

Afin de comparer les informations recueillies, nous avons choisi sept études parmi celles retrouvées dans la littérature. Il en existe d'autres, mais toujours à l'échelle locale, rien de national, nous avons donc tenté de les choisir au mieux.

Notre choix s'est porté sur celles qui étaient les plus récentes possible, dont les populations pouvaient se superposer au maximum avec la nôtre (elles portent sur la France métropolitaine : Paris et Nancy essentiellement ; et deux DOM TOM : Guyane et Réunion) même si l'effectif des études n'était pas identique au nôtre.

2. ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE

Nos données ont été comparées à celles des études présentées précédemment.

2.1. Critères généraux

Dans notre étude, notre taux de primigeste est de 75,8%. Il n'y a une différence statistique uniquement avec l'étude de Dedecker [17] ($p=0,009$), il retrouve plus de primigeste et ceci s'explique par le choix de la population étudiée, il ne s'agit que de primipare. Pour les autres études [3, 4, 18], ce taux est identique au nôtre ($0,1 < p < 0,5$).

Il en est de même pour les antécédents de fausse-couche, notre pourcentage de 6,5% est comparable à ceux retrouvés dans les résultats de Seince [3, 4], Dedecker [17] et Filou [18] ($0,7 < p < 0,9$). Dans ces mêmes études, le nombre d'antécédents d'IVG est similaire au nôtre qui est de 11,3% ($0,06 < p < 0,5$).

Le tabagisme est présent chez 59,7% de nos adolescentes, nous trouvons un taux identique dans l'étude de Xenard ($p=0,7$) qui a également été réalisé à Nancy, elle avait 64,2% de jeunes filles fumeuses. Ce pourcentage est donc en diminution dans la région mais est statistiquement très supérieur à ceux retrouvés en région parisienne [3, 4, 7], à Poitiers [8] et à la Réunion [17] ($0,004 < p < 0,04$). Ce résultat peut s'expliquer par le fait qu'il existe plus de fumeurs en Lorraine par rapport à d'autres régions de France, notamment l'Île de France [20, 21]. D'un point de vue sociologique, les adolescentes suivent le chemin de leurs paires et fument donc plus. Une autre explication possible est la proximité avec les pays frontaliers. En effet, dans d'autres pays de l'Union Européenne, les cigarettes coutent moins chères et il est facile de s'en procurer pour ces adolescentes, notamment au Luxembourg.

D'après ces premiers items, notre population de mineures enceintes est globalement similaire à celles des autres études, en dehors des critères psychosociaux que nous n'avons pas pu étudier.

2.2. Surveillance prénatale

L'insuffisance du suivi prénatal a été constatée chez 37,1% de nos patientes mineures, ce qui est identique à quatre études [3, 4, 8, 15, 16] ($0,1 < p < 0,5$). Celle de Filou [18] est statistiquement différente, le suivi est moins bon pour 75% des adolescentes ($p=0,01$). Ceci peut s'expliquer par le fait que dans sa population, beaucoup de jeunes femmes sont d'origine africaine ou des gens du voyage et dans une situation de précarité importante avec un niveau socio-économique bas. Ces patientes ne font pas suivre leur grossesse ou ne se rendent pas au rendez-vous.

→ Notre première hypothèse, qui envisage que le suivi de la grossesse des adolescentes est moins régulier et de découverte plus tardive à Nancy, est infirmée. En effet, le suivi anténatal apparaît meilleur que dans d'autres régions. Même s'il ne s'agit pas d'un bon résultat, il est en accord avec une majorité d'études de la littérature.

La survenue d'un diabète est de 4,8% dans notre population, ce taux est comparable avec celui retrouvé dans l'étude de Combescure [14] menée à Nancy : 2,3% ($p=0,1$). Il est cependant en augmentation et cela peut être dû à une dégradation de l'hygiène de vie : les adolescentes font moins de sport et leur alimentation comprend souvent trop de sucres et de graisses (fast-food, soda). De plus, une augmentation de l'obésité chez les jeunes a été constatée en France depuis quelques années, notamment dans le nord du pays [22].

Notre résultat est statistiquement identique à celui de Filou [18] ($p=0,9$) mais plus important que dans l'étude de Dedecker [17] ($p=0,04$). Son analyse portant sur la Réunion, les régimes alimentaires sont différents ce qui peut expliquer qu'il y ait moins de diabète.

L'HTA touche 4,8% de nos patientes mineures, tout comme la pré-éclampsie. D'après les tests statistiques réalisés, il n'y a pas de différence entre notre population et celles des études sélectionnées [3, 4, 8, 17, 18] ($0,2 < p < 0,7$).

Nous retrouvons une anémie chez 38,7% de notre population, ce qui est comparable avec deux études [3, 4, 18] ($0,3 < p < 0,9$). Une autre menée en Guyane [16] en constate deux fois moins ($p=0,0008$), cela peut venir du fait que cette analyse porte sur des jeunes filles de moins de 15 ans uniquement. Etant plus jeunes que dans notre population, elles sont moins sujettes à l'anémie.

Les MAP sont fréquentes chez les adolescentes par rapport à la population générale et nous en avons 17,7%, ce résultat est statistiquement identique à toutes les études ayant analysées ce critère [8, 15, 16,18] ($0,1 < p < 0,9$). A noter que le résultat de Xenard [15] était de 30% à Nancy, ce taux a donc diminué et il peut s'expliquer par le développement de l'HAD, des sages-femmes de PMI et des sages-femmes libérales dans le bassin nancéen afin d'améliorer le suivi des grossesses.

Les infections urinaires et vaginales sont constatées chez 45,2% de nos jeunes femmes ce qui est conforme au nombre retrouvé dans l'étude de Xénard [15] ($p=0,2$). Cependant, nous n'avons pas trouvé d'infections plus importantes à chlamydiae trachomatis comme décrit dans les résultats de Soula [16].

Au moins une hospitalisation a lieu dans 55% de nos grossesses chez les mineures, ce qui est en accord statistiquement avec quatre études [14, 15, 17, 18] ($0,1 < p < 0,9$). Ce taux est en diminution à Nancy, il était de 67,4% entre 1996 et 1998 [15] et 64% entre 1995 et 2005 [14]. L'augmentation du nombre de sages-femmes libérales dans la région ces dernières années et le développement de l'HAD en sont des explications. La surveillance des grossesses est maintenue tout en autorisant les jeunes femmes à rester dans leur entourage quand la situation le permet.

→ Notre deuxième hypothèse, qui suggère que les complications à type de MAP, d'anémie, d'HTA, d'infection, sont plus fréquentes pour les patientes mineures, est partiellement validée. Nous avons retrouvé plus d'anémie et également plus de diabète que dans certaines populations. Mais nous ne constatons pas plus d'infections, de MAP ou d'HTA à la maternité de Nancy.

2.3. Accouchement

Notre étude a montré 12,9% de naissances par extraction instrumentale. Les tests statistiques effectués montrent qu'il n'y a pas de différence avec les études de la littérature [3, 4, 15, 16, 17, 18] ($0,2 < p < 0,9$).

A contrario, pour l'accouchement par césarienne retrouvé dans 21% des cas, il y a des différences significatives avec plusieurs études [3, 4, 8, 17] ($0,0002 < p < 0,01$). En effet, nous trouvons plus de césariennes à la MRUN et ceci peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une maternité de type III qui accueille donc les grossesses présentant des pathologies materno-fœtales. Ainsi il est recommandé d'accoucher dans ce type d'établissement en cas de malformations fœtales (laparoschisis), ou d'y être hospitalisé pour des pathologies à risque pour la grossesse (MAP, pré-éclampsie).

→ Notre troisième hypothèse, qui envisage que l'accouchement par forceps, ventouse ou césarienne est fréquemment retrouvé chez les jeunes femmes de moins de 18 ans, est partiellement confirmée. Effectivement, l'accouchement par césarienne est plus fréquent à Nancy mais les extractions instrumentales ne sont pas en nombre supérieur par rapport à la littérature.

Une épisiotomie a été pratiquée dans 20,4% des naissances par voie basse pour nos jeunes patientes, un taux statistiquement équivalent ($p=0,2$) avait été constaté dans l'étude Filou [18].

Contrairement à ce que décrit la littérature [15, 18], notre étude montre qu'il y a plus de déchirures périnéales, nous en avons dans 53,1% des cas ($0,009 < p < 0,02$). Ce chiffre est en accord avec l'alimentation déséquilibrée qui provoque une prise de poids importante pendant la grossesse rendant les tissus oedématisés, et donc plus fragiles et friables ; l'élasticité des tissus est aussi moins bonne.

Une révision utérine a eu lieu dans 12,2% des accouchements, ce pourcentage est statistiquement en accord avec le résultat de Xénard [15] ($p=0,5$).

2.4. Fœtus et nouveau-né

Une prématurité a été constatée dans 11,3% des accouchements et ce taux est comparable avec tous les résultats retrouvés [3, 4, 8, 15, 16, 17, 18] ($0,06 < p < 0,9$). Il était de 20% à Nancy entre 1996 et 1998 dans les résultats de Xénard [15], cette diminution peut s'expliquer par l'amélioration de la prise en charge des grossesses à risque.

Nous avons retrouvé un poids de naissance inférieur à 2500g chez 9,7% des nouveau-nés, il n'y a pas de différence statistique avec deux études [17, 18] ($0,3 < p < 0,9$).

Cependant, la RCIU, 1,6% dans notre étude, est statistiquement moins fréquente que dans l'étude de Seince [3, 4] ($p=0,002$). Ce résultat ne va pas de paire avec la consommation excessive de tabac dans notre population. Mais il peut s'expliquer par la mauvaise hygiène alimentaire qui est plus importante chez les adolescentes du nord de la France. Cette alimentation peut engendrer une prise de poids importante et également donner des enfants plus gros.

→ Notre quatrième hypothèse, qui suggère que les nouveau-nés sont de plus petits poids et la prématurité est plus importante, est invalidée.

Il y a eu une malformation dans 4,7% de nos grossesses ; au niveau statistique, ce chiffre est équivalent à celui décrit dans l'étude de Seince [3, 4] ($p=0,4$).

Un transfert du nouveau-né en dehors du service de suites de couches a été nécessaire dans 14,5% des naissances. Ce pourcentage est en accord avec les chiffres retrouvés dans la littérature [3, 4, 15, 16, 17, 18] sur le plan statistique ($0,1 < p < 0,7$).

Au vu de cette analyse de nos résultats à ceux de la littérature, nous pouvons nous poser la question de la nécessité d'un suivi spécifique de ces patientes.

3. PROPOSITION D'UNE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

La grossesse chez l'adolescente a été classée dans les grossesses à risque par les recommandations de l'HAS de 2009 [23]. Il s'agit d'un problème de santé publique qui intéresse de plus en plus les professionnels de santé.

Suite à nos résultats, il paraît intéressant de réaliser un suivi spécifique de ces patientes. Le Royaume Uni a déjà organisé une prise en charge particulière avec le National Teenage Pregnancy Midwifery Network [24] qui regroupent des sages-femmes formées pour suivre les grossesses des patientes mineures.

Comme le souligne Mme A. Thepaut, sage-femme de PMI à Brest [25], ce suivi doit être pluridisciplinaire avec médecin, sage-femme, professionnels de la PMI (puéricultrice, assistante sociale), psychologue, diététicien, équipes hospitalières, et Centre de Planification et d'Education Familiale.

Les médecins traitants ou spécialistes ainsi que les sages-femmes sont en première ligne pour dépister en début de grossesse les pathologies existantes ou les contextes psycho-socio-économiques à risque pour la suite, et pour orienter ces jeunes filles dans leur suivi.

La sage-femme a ensuite un rôle clé puisqu'elle peut suivre la totalité de la grossesse et elle se doit d'établir une relation de confiance avec ces adolescentes afin de pouvoir assurer une meilleure surveillance anténatale ; elle aura un rôle de référent. De plus, elle dispose d'un temps de consultation plus long qu'un médecin, il sera donc plus facile pour elle de faire le lien avec les différents intervenants afin d'assurer un suivi optimum pour ces jeunes femmes.

Nous proposons une prise en charge sur le même principe que le suivi des patientes toxicomanes qui se déroule à la MRUN.

La jeune femme rencontrerait la sage-femme deux fois par mois en consultation afin de faire le point sur sa grossesse plus régulièrement. Ce temps supplémentaire serait un temps d'échange pour que l'adolescente se sente entourée et suivie ; il n'y aurait pas un examen obstétrical à chaque consultation mais il faudra s'assurer de l'évolutivité de la grossesse par la prise des battements cardiaques fœtaux et par la recherche des mouvements du fœtus.

Au vu du nombre de patientes fumeuses dans notre étude, il faudrait proposer systématiquement une aide au sevrage tabagique à tout moment de la grossesse, voire plusieurs fois pendant celle-ci et encourager la diminution de consommation de tabac. Il en est de même en cas de consommation d'alcool ou d'autres drogues.

Un suivi nutritionnel devrait également être réalisé puisque nous avons observé une augmentation du diabète gestationnel dans notre étude et, de manière générale, une augmentation de l'obésité chez les jeunes du nord de la France, afin de prévenir une prise de poids excessive et des possibles complications fœto-maternelles.

Une liaison avec une sage-femme libérale ou les professionnels de la PMI (sage-femme et puéricultrice) devraient être faite afin qu'il puisse y avoir un suivi à domicile en alternance avec la sage-femme référente. Ceci permettrait d'entourer au maximum les jeunes femmes, de les aider à organiser la naissance, puis le retour à la maison, de réaliser une préparation à la naissance et de parler notamment de contraception.

Etablir un lien avec une assistante sociale de la maternité ou de la PMI serait également intéressant chez ces adolescentes pour les soutenir dans les démarches administratives, ou en cas de contexte socio-économique difficile. A la suite d'un rendez-vous avec la sage-femme référente, il est envisageable de les accompagner au service social afin de prendre un premier contact avec une assistante sociale.

En cas de détresse majeure, les séjours en maternité après l'accouchement étant de plus en plus court, il pourrait être envisageable d'augmenter cette durée à 5 jours (7 en cas de césarienne) au lieu de 3 jours (5 en cas de césarienne). Cette période en plus permettrait de surveiller plus facilement l'établissement du lien mère-enfant, d'aider des jeunes filles dans les soins de leur enfant, ou de les accompagner dans leur allaitement maternel si elles en ont fait le choix. Pour les autres adolescentes, il faudrait optimiser un suivi à domicile, qui serait à mettre en place systématiquement avec une HAD, une sage-femme libérale ou une sage-femme de PMI.

Il serait également peut être possible de rencontrer une psychologue à tout moment et aussi pendant le séjour en maternité, pour prévenir la dépression du post-partum chez ces patientes.

Ces propositions pourraient permettre d'agir sur le nombre de déclarations tardives de grossesses, d'améliorer la qualité du suivi obstétrical, de prévenir au maximum les complications fœto-maternelles qui peuvent survenir lors de ces grossesses à l'adolescence et peut être diminuer le taux de mortalité périnatale et infantile.

Conclusion

Les grossesses à l'adolescence sont des grossesses à risques, même si les complications survenues sont probablement liées aux conditions socio-économiques et à la consommation de drogues et notamment du tabac qui est très fréquemment retrouvé dans notre population.

En comparaison à différentes études de la littérature réalisées dans plusieurs régions de France, le nombre de déchirures périnéales et de naissance par césarienne est plus important à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Cependant, la restriction de croissance intra-utérine est moins souvent retrouvée.

D'autres études faites à Nancy nous ont montré une augmentation de l'incidence du diabète gestationnel chez les adolescentes. Elles nous ont également permis de voir une diminution du nombre de menaces d'accouchement prématuré, d'hospitalisations et de naissances prématurées. Elle est à mettre en parallèle avec le développement de l'activité libérale dans la région Lorraine ainsi que la mise en place de l'hospitalisation à domicile en cas de pathologies prénatales ou en suites de couches pour le suivi du couple mère-enfant.

Ces éléments nous montrent l'importance d'une prise en charge particulière pour ces jeunes filles avec un accompagnement pluridisciplinaire afin de les surveiller sur le plan médical, psychologique et social ; d'un suivi le plus précoce possible et encadré au maximum, et d'une prévention de récurrence de ces grossesses adolescentes.

Il serait intéressant de mettre en place ces modalités de surveillance des grossesses chez les mineures et de voir l'évolution des critères étudiés précédemment ; d'étudier l'impact du suivi et des conditions socio-économiques sur les pathologies de la grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

[1] MARCELLI D., BRACONNIER A., *Adolescence et psychopathologie*, Paris : Elsevier Masson, 2006. 689p.

[2] Organisation Mondiale de la Santé. Santé de l'adolescent (consulté le 20/09/2011). Disponible sur : http://www.who.int/topics/adolescent_health/fr/

[3] SEINCE N., PHARISEN I., UZAN M., *Grossesse et accouchement des adolescentes*, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Gynécologie/Obstétrique*, 5-016-D-10, 2008. 6p.

[4] THIBAUD E., DRAPIER-FAURE E., *Gynécologie de l'adolescente*, collection Pratique en gynécologie – obstétrique, Paris : Masson, 2005. Chapitre 18, grossesse normale et compliquée, 6p.

[5] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Population – Taux de fécondité par âge (consulté le 20/09/2011). Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=bilandemo2

[6] Institut National des Etudes Démographiques. Statistiques de l'avortement en France, annuaire 2006 (consulté le 20/09/2011). Disponible sur : http://www.ined.fr/statistiques_ivg/2006/T27_2006.html

[7] BERTHIAU D., La décision médicale à propos du mineur : aspects juridiques et éthiques. *La revue Sage-Femme*, 2010, n°9, p. 146-149

[8] MARCELI D., ALVIN P., *Grossesse et adolescence*, Actes du colloque, 2^{ème} journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, édition F.I.R.E.A., Poitiers, 9 décembre 2000, p. 105-116

[9] PONTE C., NGUYEN F., POULAIN M-A., *50 questions sur le métier de Sage Femme, Législation et exercice professionnel*, édition Masson, 2011. 235p.

[10] MERGER-PELIER., DIBIE-KRAJCHAN D., *Manuel juridique de la Sage Femme, la sage femme face à la loi*, collection les études hospitalières, 2008.

[11] DESCHAMPS J-P., *Grossesse et maternité chez l'adolescente*, édition du Centurion, Paris 1976. 239p.

[12] LE VAN C., *Les grossesses à l'adolescence, normes sociales, réalités vécues*, collection le travail du social, édition L'Harmattan, Paris 1998.

[13] PASINI W., BEGUIN F., BYDLOWSKI M., PAPIERNIK E., *L'adolescente enceinte*, Actes du 6^{ème} colloque sur la relation précoce parents-enfants, édition Médecine et Hygiène, Genève 1993. p. 1-2

[14] COMBESCURE C., *Conséquences obstétricales et fœtales de la grossesse chez l'adolescente : état des lieux à Nancy*. Mémoire de DES. Gynécologie-Obstétrique. 2007. Faculté de médecine de Nancy.

[15] XENARD M-E., *Grossesse et maternité à l'adolescence*. Thèse. Médecine. 2000. Faculté de médecine de Nancy.

[16] SOULA O., CARLES G., LARGEAUD W., et al., Grossesses et accouchement chez les adolescentes de moins de 15 ans, Etude de 181 cas en Guyane française, *J Gynécologie Obstétrique Biologie de la Reproduction*, MASSON Paris 2006, volume 35, n°1, p. 53-61

[17] DEDECKER F., DE BAILLIENCOURT T., BARAU G., et al., Etude des facteurs de risques obstétricaux dans le suivi de 365 grossesses primipares adolescentes à l'île de la Réunion, *J Gynécologie Obstétrique Biologie de la Reproduction*, MASSON Paris 2005, volume 34, n°7, cahier 1, p. 694-701

[18] FILOU A., *La maternité à l'adolescence : une prise en charge spécifique ?*, Analyse de l'impact des recommandations faites dans un rapport de 1998 sur une population d'adolescentes ayant menée leur grossesse à terme : étude comparative 1998-2010 dans cette même maternité. Mémoire. Sage Femme. 2011. Ecole de sages femmes de Baudelocque, Paris. 101p.

[19] Maternité de Nancy. *Evolution du nombre de naissances de 2004 à 2010* (consulté le 19/09/11). Disponible sur : <http://www.maternite.chu-nancy.fr/web/guest/chiffres-cles1>

[20] Tabac, alcool et cannabis chez les adolescents de 11 à 15 ans en Midi-Pyrénées, *Résultats du volet régional de l'enquête HBSC 2007*, Observatoire Régional de la Santé en Midi-Pyrénées, décembre 2008. Disponible sur : http://www.hbsc.org/countries/downloads_countries/France/HBSC_AlcoolTabacCannabis.pdf

[21] Les addictions dans les régions de France, Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé, collection « Les études du réseau des ORS », Septembre 2007. Disponible sur : <http://www.fnors.org/fnors/ors/travaux/addictions.pdf>

[22] L'obésité en Lorraine. ORSAS, 4^{ème} journée nationale des pédiatres de ville contre l'obésité infantile, 12 janvier 2008. Disponible sur : http://www.orsas.fr/infos/Obes_Infant_4p2.pdf

[23] Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. *Recommandations de bonne pratique*, Argumentaire, décembre 2009. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_argumentaire.pdf

[24] National Teenage Pregnancy Midwifery Network, Sharing good practice: Engaging young people in antenatal education, Newcastle. *Newsletter spring 2010*, disponible sur : <http://www.bestbeginnings.org.uk/ntpmn-previous>

[25] THEPAUT A., Grossesses et naissances chez les adolescentes : un accompagnement spécifique par les professionnels de la naissance est-il nécessaire ?, *Vocation Sage-Femme*, 2011, n°91, p. 26-29

TABLE DES MATIERES

Sommaire	3
Préface	4
Liste des abréviations	5
Introduction	6
Partie 1 : La grossesse à l'adolescence	7
1. Généralités	8
1.1. Définition de l'adolescence.....	8
1.2. Epidémiologie	8
1.3. Législation.....	9
2. Profil psychologique	11
2.1. La grossesse « culturelle »	11
2.2. La grossesse dite « misérable ».....	11
2.3. La grossesse « violente ».....	12
3. Complications obstétricales et fœtales	13
3.1. Complications maternelles prénatales.....	13
3.2. L'accouchement	14
3.3. Complications fœtales et néonatales	15
3.4. Le post-partum	15
Tableau n°1 : Analyse comparative des résultats des études retrouvées dans la littérature sur le thème des complications obstétricales :.....	16
Partie 2 : Etude concernant les grossesses chez les mineures	17
1. Méthodologie de l'étude	18
1.1. Problématique	18
1.2. Hypothèses	19
1.3. Objectifs	19
1.4. Matériel et méthode.....	19
1.5. Outils.....	20
2. Présentation des résultats	22
2.1. Critères généraux	22
2.2. Surveillance prénatale	24
2.3. Accouchement.....	26
2.4. Fœtus et Nouveau-né.....	28
Partie 3 : Analyse et discussion	30
1. Discussion méthodologique	31
1.1. Limites de l'étude.....	31
1.2. Biais de l'étude.....	31
1.3. Choix des études comparatives	31
2. Analyse et discussion des résultats de l'étude	32
2.1. Critères généraux	32

2.2.	Surveillance prénatale	33
2.3.	Accouchement.....	35
2.4.	Fœtus et nouveau-né	36
3.	Proposition d'une prise en charge spécifique	37
	Conclusion.....	40
	Bibliographie	41
	TABLE DES MATIERES	45
	Annexe 1.....	I
	Annexe 2.....	II
	Annexe 3.....	III

ANNEXE 1

CRAP (Coefficient de Risque d'Accouchement Prématuré)

Ce tableau, élaboré en 1969 par le Pr Papiernik, est fondé sur l'étude de différents facteurs :

- socio-économiques
- ATCD
- mode de vie
- données de l'examen clinique

Si < 5 : pas de risque de prématurité. Si > 10 : risque certain.

Il met en évidence la multiplicité des facteurs en cause dans les MAP. On peut utiliser ce tableau dès la 1ère consultation pour s'attacher à rechercher les facteurs sur lesquels on peut agir. La dénomination de certains facteurs a peut-être vieilli, comme grossesse illégitime non hospitalisée en maison maternelle (à remplacer par : situation de détresse et d'isolement) et certains manquent, comme la toxicomanie.

Ces facteurs sont importants à connaître, mais il faut savoir qu'un certain nombre d'accouchements prématurés surviennent pour lesquels il n'y avait pas de facteurs de risque particulier.

Coefficient de risque d'accouchement prématuré

Valeur	Facteurs de risque vrais			Facteurs de risque /Causes/S. menace
1	. Charge fam. sans aide . Bas niv. socio-écon.	. 1 Inter. Gros. . Gros. précéd. rapprochée	. Activité prof. hors domicile	. Fatigue inhabituelle . Prise poids excessive
2	. Gros. illégitime . Age > 40 ans < 20 ans	. 2 Inter. Gros.	. Logement en étage sans ascenseur . Tabag. > 10 cig. /jour	. Prise poids < 5 kg . Albuminurie . HTA > 130/80
3	. T. bas niv. socio-écon. . Taille < 150 cm . Poids < 45 kg	. 3 ou plus Inter. Gros.	. Dépl. quotidien . Efforts inhabituels . Activ. prof. fatigante . Voyage inhabituel	. Perte poids . Tête fœtale basse . Segment inf. formé . Prés. siège à 7 mois
4	. Age < 18 ans			. Pyélonéphrite . Métorragies T ₂ . Col court ou perm. . Utérus contractile
5		. Malform. utérine . 1 FC tardive . 1 Acc. prém.		. Gros. gémellaire . Placenta praevia . Hydramnios

ANNEXE 2

Procédure d'accès aux dossiers



CREM – DIM et Archives

ACCES AUX DONNEES et AUX DOSSIERS MEDICAUX MATERNITE REGIONALE

- » Nom et fonction du demandeur.....
- » Nom du médecin de la Maternité référent pour cette recherche.....
- » Date de la demande : __/__/__
- » Motif de la demande (mémoire, thèse...) :.....

DEMANDE DÉTAILLÉE :

.....
.....
.....
.....

- » Une liste nominative est-elle demandée ? oui non
- » Période du __/__/__ au __/__/__
- » UF ou service sur lesquels porte la demande :
.....
- » Accès souhaité :
 - données informatisées (Clinicom, PMSI ou autre base de données) oui non
 - aux dossiers médicaux (archives) oui non
- » Date de rendu souhaitée : __/__/__

Avis du DIM sur la faisabilité :

Signature du demandeur :

« j'atteste également qu'un exemplaire du travail réalisé sera transmis à la Maternité Régionale »

Signature du médecin de la Maternité référent de la recherche :

Signature du Chef de service concerné s'il n'est pas le référent :

Autorisation à conserver par le Service chargé de la recherche

Grossesse chez les adolescentes :
**Complications obstétricales et fœtales à la
Maternité Régionale Universitaire de Nancy**

Mémoire présenté et soutenu par : Melle Amélie BORG

Sous la direction de : Mme Galliot, sage-femme cadre enseignante

Sous l'expertise de : Mme Opitz, sage-femme

RESUME

La grossesse à l'adolescence est à risque et présente certaines complications obstétricales et fœtales par rapport à la population générale. Nous avons réalisé une étude rétrospective sur 62 accouchements à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy afin de comparer nos résultats à ceux de la littérature. Ils montrent une importante part de patientes fumeuses. Il y a également plus de déchirures périnéales et de césarienne, mais moins de restriction de croissance intra-utérine chez les nouveau-nés. Sur Nancy, nous observons une diminution des menaces d'accouchements prématurés, des hospitalisations ainsi que des naissances prématurées. Une prise en charge spécifique pluridisciplinaire devrait être mise en place pour surveiller ces adolescentes et prévenir les complications.

Mots clés : grossesse à l'adolescence, suivi prénatal, accouchement, complications.

SUMMARY

The pregnancy in adolescence is risky and has some obstetrical and foetal complications compared to the general population. We realised a retrospective study on 62 deliveries at the Regional Teaching Maternity of Nancy to results with those of literature. They show a significant proportion of patients who smoke. There are more perineal tears and caesarean section, but less intrauterine growth restriction in newborns. In Nancy, we observe a decrease in preterm labor, hospitalizations, and premature births. A multidisciplinary specific monitoring should be established to monitor these adolescents and prevent complications.

Key-words : pregnancy in adolescence, prenatal care, delivery, complications.