



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-theses-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>

142 395

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2000

N° 65

DOUBLE



THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

COLLIN épouse MAURICE Odile

le 30 Mai 2000 à Nancy

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE DE MOINS DE 16 ANS EN GUYANE

Examineurs de la thèse :

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D 007 162740 4

M. J.P. DESCHAMPS

Professeur

Président

M. P. MONIN

Professeur

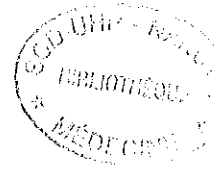
M. P. JUDLIN

Professeur

Melle B. FONTAINE

Docteur en Médecine

Juges



THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

COLLIN épouse MAURICE Odile

le 30 Mai 2000 à Nancy

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE DE MOINS DE 16 ANS EN GUYANE

Examineurs de la thèse :

M. J.P. DESCHAMPS	Professeur	Président
M. P. MONIN	Professeur	} Juges
M. P. JUDLIN	Professeur	
Melle B. FONTAINE	Docteur en Médecine	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY



Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1er Cycle :

du 2ème Cycle :

du 3ème Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mme le Professeur Michèle KESSLER

Mr le Professeur Jacques POUREL

Mr le Professeur Philippe HARTEMANN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON - Professeur François STREIFF

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN - Etienne LEGAIT - Jean LOCHARD - René HERBEUVAL - Gabriel FAIVRE - Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER - Paul SADOUL - Raoul SENAULT - Pierre ARNOULD - Roger BENICHOUX - Marcel RIBON
Jacques LACOSTE - Jean BEUREY - Jean SOMMELET - Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX - Michel MANCIAUX - Paul GUILLEMIN - Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN - Claude CHARDOT - Jean-Bernard DUREUX - Jean DUHEILLE - Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY - François STREIFF - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE - Robert FRISCH - Jean GROSDIDIER - Michel PIERSON - Jacques ROBERT
Gérard DEBRY - Georges GRIGNON - Pierre TRIDON - Michel WAYOFF - François CHERRIER - Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Jean PREVOT - Pierre BERNADAC - Jean FLOQUET
Alain GAUCHER - Michel LAXENAIRE - Michel BOULANGE - Michel DUC - Claude HURIET - Pierre LANDES
Alain LARCAN - Gérard VAILLANT - Max WEBER

=====
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : SCIENCES MORPHOLOGIQUES

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Michel RENARD - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES - Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : (*Histologie, Embryologie, Cytogénétique*)

Professeur Hubert GERARD - Professeur Bernard FOLIGUET - Professeur Bruno LEHEUP

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur François PLENAT

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Eric LABOUYRIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (*Biophysique et traitement de l'image*)

Professeur Alain BERTRAND - Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Jean-Claude HOEFFEL - Professeur Luc PICARD - Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON - Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (*Biochimie et Biologie Moléculaire*)

Professeur Pierre NABET - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Francine NABET
Professeur Jean-Louis GUEANT

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre MALLIE
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur François MARCHAL - Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4ème sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE ET MALADIES TRANSMISSIBLES

1ère sous-section : (*Bactériologie, Virologie-Hygiène*)

Professeur Alain LE FAOU

2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : (*Maladies infectieuses - maladies tropicales*)

Professeur Philippe CANTON - Professeur Alain GERARD - Professeur Thierry MAY

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE

1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Jean-Pierre DESCHAMPS - Professeur Philippe HARTEMANN

Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

2ème sous-section : (*Médecine du travail et des risques professionnels*)

Professeur Guy PETIET

3ème sous-section : (*Médecine légale*)

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section (*Biostatistiques et informatique médicale*)

Professeur Bernard LEGRAS - Professeur François KOHLER

47ème Section : HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, TRANSFUSION, CANCÉROLOGIE ET GÉNÉTIQUE

1ère sous-section : (*Hématologie*)

Professeur Christian JANOT - Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Pierre BORDIGONI -

Professeur Pierre LEDERLIN

(*Génie biologique et médical*)

Professeur J.François STOLTZ

2ème sous-section : (*Cancérologie*)

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY

(*Radiothérapie*)

Professeur Pierre BEY

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : (*génétiq*ue)

Professeur Philippe JONVEAUX

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, PHARMACOLOGIE, RÉANIMATION ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Dan LONGROIS

2ème sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Alain LARCAN - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Nicolas DELORME

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique*)

Professeur René-Jean ROYER - Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE - Professeur Gérard GAY - Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE, PATHOLOGIE MENTALE et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Michel WEBER - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Hervé VESPIGNANI

2ème sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Henri HEPNER - Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE

3ème sous-section : (*Psychiatrie d'adultes*)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : (*Pédopsychiatrie*)

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Jacques POUREL - Professeur Isabelle VALCKENAERE

2ème sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel SCHMITT - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3ème sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4ème sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique*)

Professeur Michel MERLE - Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-PULMONAIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : (*Pneumologie*)

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section : (*Cardiologie et maladies vasculaires*)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Nicolas DANCHIN - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3ème sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jacques BORRELLY - Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

4ème sous-section : (*Chirurgie vasculaire*)

Professeur Gérard FIEVE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : (*Hépatologie, gastro-entérologie*)

Professeur Pierre GAUCHER - Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : (*Chirurgie digestive*)

3ème sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Michèle KESSLER - Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4ème sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN - Professeur Jacques HUBERT

**53ème Section : MÉDECINE INTERNE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
MÉDECINE ET CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE**

1ère sous-section : (*Médecine interne*)

Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI - Professeur Pierre KAMINSKY

2ème sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Laurent BRESLER

**54ème Section : PATHOLOGIE DE L'ENFANT, OBSTÉTRIQUE, SYSTÈME ENDOCRINIEN
REPRODUCTION ET DÉVELOPPEMENT**

1ère sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Paul VERT - Professeur Danièle SOMMELET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

2ème sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Gilles DAUTEL

3ème sous-section : (*Gynécologie et obstétrique*)

Professeur Michel SCHWEITZER - Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Jacques LECLERE - Professeur Pierre DROUIN - Professeur Georges WERYHA

5ème sous-section : (*Biologie du développement et de la reproduction*)

55ème Section : SPÉCIALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

1ère sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Antoine RASPILLER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD

3ème sous-section : (*Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale*)

Professeur Michel STRICKER - Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27ème section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Hygiène et santé publique

Professeur Roland SCHULZE-ROBBECKE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : SCIENCES MORPHOLOGIQUES

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2ème sous-section : (*Histologie, Embryologie, cytogénétique*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER - Docteur Edouard BARRAT - Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Yves GRIGNON - Docteur Béatrice MARIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : (*Biophysique et traitement de l'image*)
Docteur Marie-Hélène LAURENS - Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT - Docteur Jean-Marie ESCANYE - Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)
Docteur Marie-André GELOT - Docteur Xavier HERBEUVAL - Docteur Jean STRACZEK
Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN - Dr Bernard NAMOUR
2ème sous-section : (*Physiologie*)
Docteur Gérard ETHEVENOT - Docteur Nicole LEMAU de TALANCE - Christian BEYAERT

45ème Section : MICROBIOLOGIE ET MALADIES TRANSMISSIBLES

1ère sous-section : (*Bactériologie, Virologie-Hygiène*)
Docteur Francine MORY - Docteur Michèle WEBER - Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX
2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)
Docteur Marie-France BIAVA - Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE

1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

.

47ème Section : HÉMATOLOGIE, CANCÉROLOGIE, IMMUNOLOGIE ET GÉNÉTIQUE

1ère sous-section : (*Hématologie*)
Docteur Jean-Claude HUMBERT - Docteur François SCHOONEMAN
3ème sous-section : (*Immunologie*)
Docteur Marie-Nathalie SARDA
4ème sous-section : (*Génétique*)

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, PHARMACOLOGIE, RÉANIMATION ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)
Docteur Jacqueline HELMER - Docteur Gérard AUDIBERT
3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie clinique*)
Docteur Françoise LAPICQUE - Docteur Marie-José ROYER-MORROT
Docteur Damien LOEUILLE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN .

32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN - Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS - Monsieur Pierre TANKOSIC - Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteur Gilbert ALIN
Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON - Professeur Claude PERRIN
Professeur Jean PREVOT - Professeur Michel MANCIAUX - Professeur Jean-Pierre GRILLIAT
Professeur Michel PIERSON - Professeur Alain GAUCHER - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel DUC - Professeur Michel WAYOFF

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

REMERCIEMENTS

À notre Président de thèse,
Monsieur le professeur Jean-Pierre DESCHAMPS,
Professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

En témoignage de nos remerciements et de l'honneur que vous nous faites en présidant notre jury de thèse, nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

À Monsieur le professeur Pierre MONIN,
Professeur de Pédiatrie,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, qu'il soit l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À Monsieur le professeur Philippe JUDLIN,
Professeur de Gynécologie Obstétrique,

Vous nous faites l'honneur de faire partie du jury de thèse.
Nous vous en remercions et aimerions que ce travail vous assure de notre
profonde reconnaissance et notre grande considération.

À Madame le Docteur Brigitte FONTAINE,
Praticien Hospitalier en Gynécologie Obstétrique,

Vous avez accepté de juger ce travail, qu'il vous témoigne toute notre reconnaissance et notre respect.

À Monsieur le Docteur Thierry CARDOSO,
Médecin coordinateur adjoint du service départemental de la Protection
Maternelle et Infantile à Cayenne,

Pour votre patience, vos conseils dans la rédaction de ce travail, nous vous
adressons tous nos sentiments les plus respectueux.

À Monsieur le Docteur Ghyslain PATIENT,
Médecin chef du service de Gynécologie et Obstétrique du Centre
Hospitalier Général de Cayenne,

Pour les connaissances que nous avons acquises dans votre service.

À Madame Joëlle CHANDEY,
Psychologue attachée au service de Gynécologie et Obstétrique du Centre
Hospitalier Général de Cayenne,

Pour votre collaboration et votre sympathie.

À Madame Josette PONCEAU,
Assistante sociale au Centre Hospitalier Général de Cayenne,

Pour votre collaboration et votre sympathie.

À Marie-France et Anne,
Pour m'avoir fait découvrir la Guyane et pour votre amitié.

À ma famille et à ma belle-famille,
Pour votre soutien.

À ma Maman,
Pour son soutien et son amour pendant toutes ces longues années d'études.

À mes fils, Nicolas et Thomas,
Pour tous les instants de bonheur partagés.

À Christophe,
Pour son soutien, sa patience et son amour.

SERMENT

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

SOMMAIRE

SOMMAIRE

Remerciements	8
Serment	18
I-Introduction	25
II-Présentation de la Guyane	28
2.1-Géographie	29
2.2-Histoire	29
2.3-Démographie	31
2.4-Situation économique	33
2.5-Système sanitaire	34
III-Adolescence	36
3.1-Définition	37
3.2-Adolescence et grossesse à travers l'histoire	37
3.3-Adolescence et sexualité	38
3.3.1-La sexualité à l'adolescence	38
3.3.2-Les premiers rapports sexuels	38
3.3.3-La contraception	39
3.3.4-Les abus sexuels	39
3.4-Adolescence et loi	39
3.4.1-Le mariage	40
3.4.2-La sexualité	40
3.4.3-La contraception	40
3.4.4-L'enfant	40
3.4.5-L'interruption de grossesse	40
3.4.6-Les aides financières	41
3.5-Adolescence en Guyane	41
3.5.1-Démographie	41
3.5.2-Scolarisation	42
3.5.3-Coutumes familiales	42

IV-Matériels et méthodes	45
4.1-But de l'étude	46
4.2-Matériel	46
4.3-Méthodes	46
4.4-Critères d'inclusion	47
V-Résultats	48
5.1-La mère	50
5.1.1-Âge moyen. Âges extrêmes	50
5.1.2-Répartition en fonction de l'âge	50
5.1.3-Origine géographique	50
5.1.4-Origine socioculturelle et nationalité	51
5.1.5-Niveau scolaire	51
5.1.6-Situation familiale	52
5.1.7-Puberté	52
5.1.8-Antécédents obstétricaux	52
5.1.9-Antécédents comportementaux	52
5.2-Le père	53
5.2.1-Âge	53
5.2.2-Situation professionnelle	53
5.3-Le suivi de la grossesse	54
5.3.1-Mode de surveillance	54
5.3.2-Date des dernières règles	54
5.3.3-Nombre de consultations	55
5.3.4-Nombre d'échographies	55
5.3.5-Pathologies en cours de grossesse	55
5.3.5.1-Hospitalisation	55
5.3.5.2-Infections	56
5.3.5.3-Taux d'hémoglobine avant l'accouchement	57
5.4-L'accouchement	57
5.4.1-Le terme	57
5.4.2-Terme de l'accouchement et surveillance	58
5.4.3-Le mode	58
5.4.4-L'état du périnée	59

5.5-L'enfant	59
5.5.1-Mortalité périnatale, mortinatalité et mortalité néonatale précoce	59
5.5.2-Le sexe	60
5.5.3-Le poids à la naissance	60
5.5.4-Transfert en néonatalogie	60
5.6-Le post-partum	60
5.6.1-Durée de l'hospitalisation	62
5.6.2-Pathologies du post-partum	62
5.6.3-Allaitement	63
5.6.4-Contexte social et psychologique	63
VI-Discussion	64
6.1-Qualité des résultats	65
6.2-Les résultats	66
6.2.1-Epidémiologie	66
6.2.2-La mère	68
6.2.2.1-Âge	68
6.2.2.2-Origine géographique	68
6.2.2.3-Origine socioculturelle	69
6.2.2.4-Niveau scolaire	70
6.2.2.5-Situation familiale	70
6.2.2.6-Puberté	71
6.2.2.7-Antécédents obstétricaux	71
6.2.3-Le père	71
6.2.3.1-Âge	71
6.2.3.2-Situation professionnelle	72
6.2.4-Le suivi de la grossesse	72
6.2.4.1-Grossesses non suivies	72
6.2.4.2-Lieu du suivi	72
6.2.4.3-Date des dernières règles	73
6.2.4.4-Nombre de consultations	73
6.2.4.5-Nombre d'échographies	73
6.2.4.6-Pathologies en cours de grossesse	74
6.2.4.6.1-Hospitalisation	74
6.2.4.6.2-Infections	74
6.2.4.6.3-Anémie	75

6.2.5-L'accouchement	75
6.2.5.1-Terme	75
6.2.5.2-Accouchement à domicile	76
6.2.5.3-Mode d'accouchement	76
6.2.5.4-Etat du périnée	76
6.2.6-L'enfant	77
6.2.6.1-Taux de mortalité	77
6.2.6.2-Sex-ratio	77
6.2.6.3-Poids de l'enfant à la naissance	77
6.2.6.4-Transfert en néonatalogie	77
6.2.7-Le post-partum	78
6.2.7.1-Pathologies	78
6.2.7.2-Allaitement	78
6.2.7.3-Contexte social et psychologique	78
VII-Conclusion	80
VIII-Bibliographie	85
IX-Table des illustrations	91
X-Annexes	94

I- INTRODUCTION

En 1997, dans le monde, on comptait dix sept millions d'enfants nés d'une mère âgée de 15 à 19 ans. Sur ces dix sept millions de naissances, seize millions avaient lieu dans les pays en voie de développement. [1] On constate en effet, que dans la plupart de ces pays, la grossesse chez l'adolescente est plutôt une situation ordinaire ; le mariage précoce et la grossesse qui suit immédiatement signifient que la transition entre l'enfance et l'âge adulte n'existe pas. En fait il n'y a pas d'adolescence. [2]

Dans les pays industrialisés, malgré une large diffusion des moyens de contraception, les taux de grossesse chez les adolescentes restent à un niveau élevé. C'est aux Etats Unis que l'on observe les taux les plus élevés avec, en 1992, 12,7 % des naissances issues de mères de moins de 20 ans. [3] Dans l'Union Européenne, le record des taux de grossesse chez les mineures appartient au Royaume Uni et c'est aux Pays-Bas et en Suède que ces taux sont les plus bas. [4, 5]

La France métropolitaine connaît une situation intermédiaire avec, en 1992, un taux de 0,6 % de naissance de mères de moins de 18 ans. [6] Ce problème de santé publique a provoqué une réactualisation de l'information sur la contraception et la délivrance gratuite de la « contraception d'urgence » dans les établissements scolaires. [7, 8]

En 1989, dans les Départements Français d'Amérique (DFA) la proportion de naissances issues de mères mineures est variable : en Martinique 1,9 %, et en Guadeloupe 3,8 % [6].

Depuis les années 90, alors qu'en France métropolitaine, on observe une diminution du nombre des mères mineures, en Guyane les taux restent stables autour de 9 %. Le problème demeure fréquent et préoccupant.

Tableau n° 1 : Évolution de la part des grossesses chez les mineures en Guyane depuis 1989

	89	90	91	92	93	94	95	96	97
<à 16 ans	2,9%	2,6%	3,1%	2,7%	2,7%	2,8%	2,5%	2,9%	2,7%
<à 18 ans	9,3%	9,4%	10%	9,4%	9,2%	8,3%	8,8%	9,1%	9,8%

Source : Protection Maternelle et Infantile (PMI) et Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)

Dans une première partie, nous allons découvrir la Guyane, DFA aux multiples particularités historiques, géographiques, socio-économiques et sanitaires.

Nous aborderons ensuite le thème de l'adolescence sur un plan historique, comportemental et juridique. Nous tenterons de faire le portrait des adolescents de Guyane.

Après avoir décrit les moyens et les limites de notre étude, nous en exposerons les résultats.

Cette étude sera suivie d'une discussion et d'une comparaison des résultats par rapport à ceux rapportés dans la littérature médicale.

II- PRÉSENTATION DE LA GUYANE

2.1- Géographie

La Guyane se situe à 7 100 km de Paris, sur le continent sud-américain dans la zone équatoriale. C'est un département continental en dehors de quelques îles. Limité au nord par 300 km de côtes sur l'Atlantique, à l'ouest par le fleuve Maroni qui sépare la Guyane du Surinam, à l'est c'est le fleuve Oyapock qui sert de frontière avec le Brésil et, au sud, la frontière se poursuit avec le Brésil.

La Guyane est à la fois un département et une région dont le chef-lieu est la ville de Cayenne. Kourou et Saint-Laurent sont, après Cayenne, les deux villes les plus peuplées.

La Guyane a une superficie de 91 000 km² (1/6 de la France métropolitaine) dont 90 % sont recouverts par la forêt tropicale humide pénétrée par de nombreux fleuves accessibles à la navigation grâce à des pirogues.

La Guyane bénéficie d'un climat équatorial avec des amplitudes thermiques journalières de 10° (22° la nuit à 32° le jour) toute l'année. La côte est ventilée par les alizés maritimes qui atténuent les désagréments du climat. Le taux d'hygrométrie dépasse les 90 % (contre 65 % en métropole).

L'année est marquée par la petite saison des pluies qui s'étend de décembre à février, le petit été de mars jusqu'au mois d'avril, la grande saison des pluies d'avril à juillet et la grande saison sèche qui débute en août. Contrairement aux idées reçues les pluies torrentielles ininterrompues sont exceptionnelles.

De telles conditions climatiques : chaleur et humidité stimulent le développement rapide d'innombrables espèces animales et végétales qui attirent les curieux de la nature. [9, 10]

2.2- Histoire

Certains aspects de l'Histoire de la Guyane nous permettent de comprendre sa mauvaise réputation aux yeux des Européens qui la connaissent mal.

Durant la période précolombienne, les Amériques, donc la Guyane sont peuplées depuis 6 000 ans par des Hommes venus d'Asie orientale. On les appelle les Indiens car Christophe Colomb en 1492 croit découvrir l'Inde en posant le pied sur l'Amérique. Plus tard pour les différencier des habitants de l'Inde on les nommera Amérindiens. Ils ont un mode de vie traditionnel fondé sur la culture, la pêche et la chasse qu'ils ont conservé en grande

partie aujourd'hui. L'arrivée des premiers Européens engendre des conflits inégaux avec les indigènes moins bien préparés aux combats.

En Guyane, pendant la période précolombienne, les Amérindiens sont au nombre de 30 000, à la fin du XVIIIe siècle il n'en reste que 2 000 qui se sont réfugiés loin du littoral colonisé.

Les Français, après plusieurs tentatives d'installations animées par des conflits avec les Amérindiens, les Hollandais et les Anglais, signent en 1664 les deux actes de naissance de la Guyane, premièrement comme terre française puis comme colonie esclavagiste. En effet, la main d'œuvre locale est insuffisante pour exploiter les richesses et les colons se tournent vers la main d'œuvre bon marché d'Afrique pour faire fructifier les terres de Guyane.

En 1789 la Guyane compte 12 800 habitants dont 11 000 esclaves (sans compter les Amérindiens).

Parmi les esclaves, un certain nombre se rebelle et fuit les plantations, notamment les esclaves hollandais du Surinam qui se réfugient sur les bords du Maroni : ce sont les Noirs-Marrons ou Bushis-Nenghés qui forment quatre groupes, Saramakas, Djukas, Bonis et Alukus. Ils signent un traité avec la France en 1783 pour faire reconnaître leur indépendance. Ils gardent des formes d'expression artistique et une vie religieuse très proches de celle de l'Afrique.

En 1763 alors que la Guyane est peu prospère, le gouvernement français envoie 10 000 personnes en Guyane, c'est l'expédition de Kourou qui sera un échec désastreux avec 6 000 morts. Les survivants se réfugient sur les îles du Diable rebaptisées depuis cet épisode les îles du Salut.

Après la révolution de 1789 une tentative d'abolition de l'esclavage n'aboutit pas, d'autant plus que Napoléon Bonaparte rétablit le système esclavagiste en 1802.

La Guyane sera reprise par les Portugais du Brésil de 1809 à 1817. Après la période Napoléonienne, la Guyane vit une période prospère de 1817 à 1848, les exportations couvrent alors 80 % des importations. La condition des esclaves s'améliore, l'interdiction de la traite négrière est appliquée en 1833. Le métissage entre les colons et les esclaves donne naissance à une population et une culture créole.

En 1848 l'esclavage est aboli, les nouveaux affranchis abandonnent les plantations pour exploiter eux-mêmes des terres abondantes, il en résulte un déclin important de la production agricole et le départ de pratiquement toutes les familles de colons.

Entre 1848 et 1950 la Guyane est marquée par deux phénomènes : la conquête de l'or - l'exploitation minière remplace l'activité agricole - et la création du bagne qui a pour but d'assainir la France et de peupler la Guyane. Un siècle de servitude blanche succède à deux siècles de servitude noire. Le bagne sera fermé entre 1946 et 1953.

En 1946 la Guyane devient un département français. À cette époque, l'économie est très précaire, la production de l'or est faible, l'agriculture ne suffit même pas à la demande locale et la mortalité dépasse la natalité. Des mesures sont prises pour redresser le département : mise en place des centres de PMI, des centres de santé et dispensaires, d'un plan de développement économique avec amélioration des infrastructures. Malgré ces mesures, la balance commerciale demeure déficitaire ayant pour conséquence la montée des idées nationalistes.

En 1965 la Guyane s'enrichit d'une nouvelle activité prometteuse : le spatial.

À partir de 1982 la décentralisation donne plus d'autonomie à la Guyane qui cherche à émerger d'un passé peu propice à son expansion économique et à faire oublier son image peu attractive. [9, 11]

2.3- Démographie

Au dernier recensement de Mars 1999 on comptait 157 274 habitants en Guyane contre 114 672 en 1990, soit une augmentation en valeur absolue de 42 656 personnes. [12, 13] Cela représente une progression de 37,1 % en 9 ans (1990-1999) la plus forte enregistrée dans un département français. La Guyane représente ainsi 0,26 % de la population française.

La densité de population est très faible : 2 habitants au km², mais la répartition sur le territoire est très inégale : 95 % des habitants sont concentrés sur le littoral qui représente 6 % du territoire, et 55 % dans l'île de Cayenne (Cayenne, Remire, Matoury). [9, 10]

En 1997, la Guyane présente un taux de natalité de 25,6 pour 1 000, le plus élevé des départements français. [14]

L'indice de fécondité élevé (3,5 contre 1,7 en métropole) s'explique par ailleurs par une immigration de populations plus fécondes en provenance des pays voisins. Une naissance sur deux est issue d'une mère étrangère. [13, 14]

Ainsi au recensement de 1990 un tiers de la population est étrangère contre 6,3 % en métropole. [13]

La Guyane est une collection de communautés vivant les unes à côté des autres en relative bonne intelligence dont la plus ancienne est celle des Amérindiens qui sont au nombre de 4500 personnes réparties en six groupes: les Arawacks, les Palikours, les Wayanas, les Galibis, les Oyampis et les Emérillons. La plupart vit au bord des fleuves Maroni et Oyapock et conserve un mode de vie traditionnel, préservée des contacts avec les autres groupes ethniques par réglementation spécifique (zone soumise à autorisation préfectorale), mais d'autres vivent sur le littoral et ont intégré un mode de vie local. [9, 10]

Après les Amérindiens, la population créole est la plus ancienne de Guyane. Les créoles sont issus du métissage entre les anciens esclaves noirs et les colons européens. Aujourd'hui ils représentent 40 % de la population. [9, 10]

Les Noirs Marrons, descendants des esclaves réfugiés du Surinam, vivent le long du fleuve Maroni et de son affluent surinamais le Tapanahoni. Ces populations peu métissées comptent 4 000 individus. [9, 10]

Parmi les populations immigrées, les Chinois se sont implantés à partir de 1848 et se sont spécialisés dans le commerce de proximité. Quelques familles de Libanais ont également développé le commerce. [9, 10]

En 1977 et 1980 une autre population asiatique pose le pied sur le sol de Guyane, ce sont des réfugiés de Thaïlande : les H'mongs qui s'établissent dans les villages isolés de Cacao et de Javouhey. Ils ne tardent pas à devenir les principaux fournisseurs de fruits et légumes de la Guyane. [9, 10]

La situation économique et politique de la Guyane attire des populations venant de pays instables et pauvres comme le Surinam qui a connu une guerre civile de 1986 à 1991, Haïti anéantie par la dictature à partir des années 60, ou le Brésil et le Guyana. [9, 10]

La Guyane est aussi une terre d'accueil pour les métropolitains qui représentent 12 % de la population, mais à la différence des Antilles il n'existe pas de familles de "blancs" descendants d'anciens colons. La Guyane compte aussi des Antillais. [9, 10]

La part représentée par chaque groupe est difficile à déterminer car les mouvements de population sont constants et l'immigration clandestine, mal contrôlée, n'est pas négligeable.

Il faut bien distinguer trois concepts : immigration, nationalité et "communauté". L'immigré est un individu qui n'a pas vécu depuis toujours sur le territoire et cela ne préjuge pas de sa nationalité. La nationalité est un statut juridique. L'idée de "communauté étrangère" est une notion sociologique à la définition variable. [13]

2.4- Situation économique

En 1997 la population active est estimée à 58 800 personnes. Le taux de chômage atteint 25,6 % de la population active contre 10 % en 1990 [15]. En France métropolitaine, le taux de chômage est de 12,3 % pour l'année 1997. [16]

La population touchée de façon directe ou indirecte (allocataires et leurs familles) par le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) peut s'évaluer à 17 000 personnes soit 10 % de la population totale du département. Selon l'enquête "Budget des familles" réalisée en 1994-95 par l'INSEE, 23 % des familles vivent en dessous du seuil de pauvreté (celui-ci est défini pour les DOM comme la moitié du niveau de vie médian de la population). [17]

Le secteur tertiaire concerne 70 % des emplois. Le moteur économique de la Guyane reste le secteur spatial qui représente d'après l'INSEE 26,7 à 32,6 % de l'ensemble des emplois selon les hypothèses. En dehors du spatial, les secteurs d'activités comprennent l'agriculture, l'exploitation forestière, la pêche, l'exploitation aurifère, l'énergie et l'eau, l'industrie et l'artisanat, le Bâtiment et les Travaux Publics et surtout les activités de service dont le tourisme. [12]

Les exportations concernent des produits alimentaires, du bois et de l'or. Les importations sont nombreuses et confèrent au département un état de dépendance vis-à-vis de la métropole. Ainsi le "taux de couverture" (rapport de la valeur des exportations divisée par celle des importations) du commerce extérieur de la Guyane en 1996 est de l'ordre de 20 %. [15]

2.5- Système sanitaire

L'équipement sanitaire de la Guyane est considéré comme satisfaisant, mais il existe des inégalités au sein du département. [18]

Le secteur public est représenté par deux hôpitaux, deux PMI, cinq centres de prévention et de vaccinations et onze centres de santé médicalisés pour les zones rurales et fluviales isolées. [19] (annexe 1)

Le secteur privé compte trois cliniques à Cayenne et le centre médico-chirurgical de la Croix Rouge à Kourou.

La Guyane dispose de 605 lits de court séjour soient 3,7 lits pour 1000 habitants en janvier 1996. Parmi ces 605 lits, 133 sont destinés à la gynécologie et à l'obstétrique. [14]

La densité médicale était au 1^{er} janvier 1996 de 175 médecins pour 100 000 habitants (295 pour 100 000 habitants en Métropole). La densité des spécialistes libéraux est encore plus critique avec 24 spécialistes pour 100 000 habitants (86 pour 100 000 en Métropole). [14]

La répartition des médecins est très inégale sur le territoire avec une forte concentration sur l'Est Guyanais urbain. Ainsi à Saint Laurent il n'y a pas de spécialiste libéral. [18]

Les consultations de suivi de grossesse sont assurées sur l'île de Cayenne par les consultations spécialisées hospitalières (quatre gynécologues) et libérales (quatre gynécologues obstétriciens, deux gynécologues médicaux), les généralistes libéraux et les médecins de PMI.

Tableau n° 2 : Comparaison des taux de mortalité en Guyane Guadeloupe, Martinique et Métropole.

	Guyane	Guadeloupe	Martinique	Métropole
Mortalité périnatale ¹ (1995)	28	13	11	7
Mortalité infantile ² (1994-96)	17,8	8,2	7,5	4,8
Mortalité ³ (1997)	3,8	5,6	6,1	9,2
Mortalité prématurée ⁴ (1990)	51	38	28	23

Références : [4,9]

¹ Le taux de mortalité périnatale est le nombre de décès d'enfants de la naissance à 7 jours de vie, rapporté au nombre total de naissances y compris les morts nés. Ce taux est exprimé en nombre de décès pour 1000 naissances globales.

² Le taux de mortalité infantile est la proportion d'enfants nés vivants qui décèdent avant l'âge de un an. Ce taux est exprimé en nombre des décès pour 1000 naissances vivantes.

³ Le taux brut de mortalité est le nombre total de décès annuels rapporté à l'effectif moyen de la population. Ce taux est exprimé décès pour 1000 habitants.

⁴ Le taux de mortalité prématurée est le nombre de décès survenant entre 1 et 64 ans, rapporté au nombre total de décès. Ce taux est exprimé pour 100 décès.

III- ADOLESCENCE

« *L'adolescence..., le commencement d'une femme dans la fin d'une enfant* ». Victor Hugo

3.1-Définition

L'adolescence est définie comme la période au cours de laquelle :

- L'individu passe du stade de la première apparition des caractères sexuels secondaires à celui de la maturité sexuelle ;
- Les processus psychologiques et les mécanismes d'identification cessent d'être ceux d'un enfant pour devenir ceux d'un adulte ;
- Le passage se fait de l'état de dépendance socio-économique totale à l'état d'indépendance relative. [4]
- Un comité d'experts de l'O.M.S. a proposé que l'adolescence soit définie comme la période comprise entre 10 et 20 ans. [4]

3.2-Adolescence et grossesse à travers l'Histoire

La notion d'adolescence s'installe progressivement à partir du XVI^e siècle pour se généraliser au XVIII^e siècle. [20] Sous l'Ancien Régime, l'adolescence en tant qu'âge de la vie ou catégorie de perception, n'existe pas. La société médiévale est en effet caractéristique d'un passage sans transition de la petite enfance à l'âge adulte. [21]

Il y a 2000 ans la Vierge Marie mettait au monde un enfant alors qu'elle n'était âgée que de seize ans. [22] Ainsi, le phénomène des grossesses chez l'adolescence qui nous interpelle aujourd'hui a toujours existé. Au cours de l'Histoire, ces maternités précoces ont été parfois favorisées, parfois condamnées.

Au moyen âge, bien que la puberté fût plus tardive qu'aujourd'hui, la grande majorité des femmes se mariaient jeunes et la plupart mettaient au monde leur premier enfant avant 20 ans. [22, 23]

A partir du XVIII^e siècle, les filles ne se mariaient qu'au-delà de 20 ans et les maternités précoces ne concernaient plus que des indigentes, des ouvrières et des campagnardes. [24] « La fille mère » représentait la déchéance sociale et morale. Ces jeunes mères étaient alors rejetées par leur famille et elles étaient obligées de migrer ailleurs, le plus souvent en ville où elles s'installaient comme nourrice dans les familles bourgeoises. [20, 22] Cette situation d'isolement que vivaient ces femmes a pour origine à la fin du XIX^e siècle la création des premières « maisons maternelles ». [22]

3.3-Adolescence et sexualité

3.3.1-La sexualité à l'adolescence

L'adolescence est une période de découverte marquée par les premières expériences. [25, 26] Le premier pas vers la sexualité à deux c'est le flirt avec les premiers baisers et les premières caresses, et sans rapport sexuel. [26] Ces moments sont vécus avec une émotion intense. C'est le sentiment amoureux qui conduit les adolescents à avoir des relations sexuelles. [25, 26] On remarque que de façon générale, les adolescents ont une activité sexuelle irrégulière avec un seul partenaire à la fois. [26]

3.3.2-Les premiers rapports sexuels

Une étude sur les comportements sexuels des jeunes âgés de 15 à 18 ans, réalisée en France métropolitaine en 1997, montre que l'âge médian au premier rapport sexuel est de 17 ans et 6 mois pour les filles et de 17 ans et 3 mois pour les garçons. Sur l'ensemble des adolescents ayant participé à cette étude, 41 % des filles et 47 % des garçons ont eu des relations sexuelles avec pénétration. À quinze ans 20 % ont eu des pratiques sexuelles avec pénétration. [27] Ce sont les jeunes hors du système scolaire qui sont sexuellement plus précoces que les lycéens.

Aux Etats Unis, à 17 ans, environ la moitié des adolescents est sexuellement active. [28]

En Afrique, au Cameroun, une étude réalisée à la même époque montre que 53 % des élèves âgés de 12 à 19 ans sont sexuellement actifs. [29]

En Guyane, l'étude réalisée sur les comportements sexuels par l'agence nationale de recherche sur le sida a été limitée aux adultes. Comme en métropole, elle montre une tendance à l'abaissement de l'âge au premier rapport. [30]

En mars 1999 une étude sur la santé a été réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG), en partenariat avec l'éducation nationale et l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) auprès des adolescents et jeunes adultes scolarisés âgés de 9 à 25 ans. Pour la plupart l'âge au premier rapport se situe entre 15 et 17 ans pour les filles et entre 12 et 14 ans pour les garçons. La moitié des adolescents affirme avoir déjà eu des relations sexuelles. [31]

3.3.3-La contraception

En France, selon les études, 10 à 50 % des adolescents débutent leur vie sexuelle sans contraception. [22, 27, 32, 33]

Au Cameroun, 41 % des adolescents sexuellement actifs utilisent une méthode de contraception. Dans 54 % des cas, il s'agit du préservatif et dans 30 % des cas l'abstinence périodique. [29]

En Guyane, en 1994, 75 % des jeunes déclarent utiliser le préservatif lors de la première relation sexuelle, contre 50 % en 1991. [34]

3.3.4-Les abus sexuels

En France métropolitaine, parmi les adolescents ayant déjà eu des rapports sexuels 15,4 % des filles et 2,3 % des garçons déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés. Dans 85 % des cas, la fille connaissait son agresseur. Dans 18 % des cas, les rapports forcés avaient eu lieu avant l'âge de 15 ans. Les cas d'inceste concernent 8 % des jeunes filles ayant eu un rapport sexuel forcé. [27]

Aux Etats Unis entre 15 à 25 % des adolescents ont été victimes de rapport sexuel forcé. [35]

En Guyane, 8 % des jeunes avouent avoir subi des violences sexuelles, dont près d'un sur quatre un viol. Près de trois adolescents sur cinq connaissaient leur agresseur. [31]

3.4-Adolescence et loi

Alors que l'adolescence est une période de la vie aux limites floues, la majorité civile est fixée à 18 ans depuis 1974.(Loi n°74.631 du code civil)
Depuis la réforme Berthoin de 1959, l'école est obligatoire jusqu'à l'âge de 16 ans. En 1975, Le ministère français de l'Education a adressé aux enseignants une circulaire pour faciliter la scolarité des adolescentes enceintes. [36]

3.4.1-Le mariage

Alors que les garçons ne peuvent se marier avant 18 ans révolus, les filles peuvent se marier à partir de 15 ans révolus (Article 114 du code civil), avec la nécessité d'obtenir le consentement d'un des deux parents. (Article 147 du code civil) La mineure est alors émancipée par le mariage. (Article 476 du code civil)

3.4.2-La sexualité

L'adolescent dispose librement de son corps à partir de 15 ans. Toute atteinte sexuelle pratiquée par un majeur sur un mineur de moins de 15 ans, même si elle est commise sans violence, contrainte, menace ni surprise est un délit. (Article 227.25 du code pénal)

3.4.3-La contraception

Les mineures peuvent obtenir une contraception sans l'autorisation parentale quel que soit leur âge. [37] Depuis 1974, les consultations et la délivrance des produits contraceptifs sont gratuites dans les centres de PMI et de planification familiale. [25]

Depuis le mois de juin 1999 la contraception d'urgence NORLEVO® est disponible dans les pharmacies sans ordonnance et depuis janvier 2000, les établissements scolaires peuvent la délivrer gratuitement aux adolescentes. [7, 8]

3.4.4-L'enfant

Une adolescente peut, sans autorisation parentale, accoucher sous X ou remettre son enfant à l'aide sociale. [37]

Les parents mineurs exercent conjointement l'autorité parentale de leur enfant. [37] La mère mineure peut intenter une action en recherche de paternité. [26]

3.4.5-L'interruption de grossesse

Les mineures enceintes qui demandent une interruption volontaire de grossesse (IVG) doivent obtenir l'autorisation d'au moins un des deux parents. Son consentement personnel doit être donné hors de la présence des parents.(Article 162 du code de la santé publique)

Dans le cas d'une interruption thérapeutique de grossesse (ITG) chez une mineure lorsque la poursuite de la grossesse met en péril la santé de la mère ou de l'enfant à naître, l'autorisation d'opérer délivrée par un des détenteurs de l'autorité parentale ou le représentant légal est nécessaire et suffisante. [37]

Alors qu'une adolescente exerce pleinement l'autorité parentale sur son enfant, elle doit demander l'autorisation d'avorter à ses parents. Différents auteurs proposent la mise en place d'une majorité sanitaire à 15 ans en matière d'IVG, qui permettrait aux adolescentes âgées de 15 à 18 ans de décider d'avorter sans consentement parental. [22, 32, 37] Cette mesure est déjà en place en Suisse et au Canada. [38]

3.4.6-Les aides financières.

[Source : Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de la Guyane]

L'allocation pour jeune enfant est versée, avec conditions de ressources, à toute femme en état de grossesse ou ayant la charge d'un enfant de moins de trois ans. Son montant mensuel est de 980 francs. Son versement, subordonné au passage d'examens de santé obligatoires, s'effectue du 4^{ème} mois de grossesse jusqu'aux trois ans de l'enfant.

Une mineure enceinte peut bénéficier de l'allocation de parent isolé qui s'élève à 1797 francs par mois pour un premier enfant et qui est versée jusqu'aux trois ans de l'enfant. Le caractère isolé signifie : veuve, divorcée, séparée ou célibataire vivant seule ou dans sa propre famille. Cette allocation est soumise à conditions de ressources. (L'allocation pour jeune enfant n'entre pas dans le calcul des ressources.)

Le RMI peut être versé avant 25 ans en cas de grossesse ou lorsque la personne a un enfant à charge. Pour obtenir le RMI, les ressources doivent être inférieures à ce dernier. Les élèves et les étudiants n'y ont pas droit.

3.5-Adolescence en Guyane

3.5.1-Démographie

La Guyane est le plus jeune département français. En 1996, 52 % de la population avait moins de 25 ans et 44 % moins de 20 ans. [13]

Comme en métropole, les jeunes vivent plus longtemps chez leurs parents, surtout les garçons, mais plus de 50 % des filles qui ont entre 20 et 24 ans vivent en couple ou sont des chefs de familles monoparentales. De 25 à 29 ans, seules 18 % des femmes vivent encore chez un parent. [15]

3.5.2-Scolarisation

Pour l'année scolaire 1996-1997, on comptait en Guyane 27 690 enfants scolarisés dans les écoles primaires et 17 152 élèves dans l'enseignement du second degré. Avant 19 ans environ 85 % des jeunes sont scolarisés. Au collège, de nombreux enfants quittent la scolarité de façon précoce. Les taux de réussite au brevet des collèges ou au baccalauréat sont systématiquement inférieurs à la moyenne nationale. [15]

D'après une étude réalisée en février et mars 1997 sur une population de jeunes âgés de 9 à 25 ans, la moitié présente un retard scolaire. [31] En effet 30 % ont redoublé une fois et 21 % au moins deux fois, contre 16 % en métropole. [34] Au cours préparatoire, 23 % des filles et 29 % des garçons accusent déjà un ou deux ans de retard. [39]

Au recensement de 1990, 57,6 % des femmes de plus de 25 ans et 54,9 % des hommes de la même tranche d'âge sont sans diplôme. [39]

En 1997, le taux de chômage est de 25,6 % pour l'ensemble de la population. Pour les jeunes de moins de 25 ans, ce taux est de 23,4 %. [15]

3.5.3-Coutumes familiales

Le mariage civil tel que nous le connaissons est une institution née dans les sociétés européennes. La société guyanaise, issue pour partie de l'Afrique et de l'esclavage, ne concède pas la même importance au mariage. Le recours à cet acte est donc moins fréquent qu'en métropole. [13] En 1990, en Guyane, 67 % des femmes et 70,5 % des hommes de plus de 15 ans sont célibataires. [39] La part des célibataires à 50 ans, que l'on assimile à la part des célibataires définitifs, était en 1990 de 46,2 % en Guyane contre 8,5 % en métropole. [13]

On note ainsi une part importante d'enfants nés hors mariage : 80 % en Guyane contre 36 % en métropole. [40]

La Guyane est une société pluriculturelle où l'on trouve de nombreux systèmes familiaux :

- Les systèmes de parenté basés sur la notion de lignage ou de clan, particuliers aux Noirs Marrons, H'mongs, Amérindiens. Ce sont des groupes de filiation unilinéaire dont tous les membres se considèrent comme descendants d'un ancêtre commun. [41]
- Celui de la Famille élargie où l'on observe la cohabitation de plusieurs générations ou de collatéraux (Populations créole, chinoise, syrienne et libanaise). [41]
- La famille monoparentale composée d'un parent et des enfants. Chez les Créoles, ces familles ont la particularité d'être rattachées à une famille élargie, à tendance matrifocale. [41] La matrifocalité correspond à un mode de société où la femme est le centre du foyer. De façon passagère, elle y accueille des concubins, ceux de sa fille ou des membres de sa famille proche (cousins, neveux, filleuls...) La femme a des enfants avec des pères différents : c'est la notion de pluripaternité que l'on retrouve aussi dans les Caraïbes. [24, 41] Les adolescentes qui ont des enfants rejoignent le foyer de la mère. Le foyer regroupe alors trois générations : la mère, ses filles et les enfants de ses filles. Puis avançant en âge, la mère cherchera un concubin stable. [24]

Notons que ce mode de société ne constitue pas une majorité, puisque seules 30 % des familles en Guyane sont monoparentales. [39]

Parmi les familles monoparentales, 8 % sont des jeunes mères célibataires. Elles ont moins de 25 ans et dans 75 % des cas, elles sont sans diplôme. Un tiers est au chômage et un autre tiers est inactif. [42]

En Guyane, un tiers des enfants de moins de 17 ans appartient à une famille monoparentale. [42]

Dans les sociétés traditionnelles comme les Noirs Marrons, les Amérindiens ou les H'mongs, les unions sont précoces.

Dans les sociétés Noirs Marrons, on note une précocité de l'activité sexuelle et un multipartenariat sexuel. Les 12-13 ans sont en phase d'initiation sexuelle et les 13-14 ans ont une activité sexuelle reconnue. [34] De même dans les sociétés africaines on tolère les relations pré-conjugales précoces, mais la grossesse en dehors du mariage a toujours été jugée grave. [24] Les anciennes coutumes chez les Noirs Marrons, n'autorisaient pas le mariage avant 16 ans. [43]

Chez les Amérindiens, les adolescents subissent l'épreuve du « maraké », rite d'initiation pour devenir adulte. La puberté qui survient vers 13 ans 1/2 ou 14 ans caractérisée par la réclusion pendant cinq jours et le sacrifice de leur chevelure marque pour les fillettes l'âge requis pour le mariage. En principe, avant la puberté, la mère et la grand-mère s'opposent aux rapports sexuels de leur fille. Si une fille est orpheline de mère, on tolère les rapports sexuels avant la puberté. [44]

Chez les H'mongs, les jeunes se marient relativement tôt, vers 15 ou 16 ans. Les mariages précoces limitent toute possibilité d'obtenir des diplômes qui permettraient d'exercer un autre métier que le maraîchage. [45]

IV- MATÉRIEL ET MÉTHODES

4.1- But de l'étude

Cette étude a pour objet d'évaluer la proportion des grossesses et des accouchements chez les adolescentes prises en charge au CHGC, de mettre en évidence les risques médicaux associés et de proposer des mesures préventives adaptées à la population du département.

4.2- Matériel

Nous avons réalisé une étude rétrospective à partir des dossiers du service de gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalier Général de Cayenne (CHCG), portant sur la grossesse et l'accouchement d'un terme supérieur à 22 semaines d'aménorrhée (SA) chez les adolescentes de moins de seize ans, entre le 1er Janvier 1996 et 31 Décembre 1997.

4.3- Méthodes

Nous avons en premier lieu effectué une recherche dans les registres d'issue de grossesse de tous les accouchements de femmes de seize ans au plus dans la période considérée. Les registres d'issue de grossesse sont remplis par une sage-femme ou un médecin à l'occasion de chaque accouchement. Ils décrivent les accouchements par 28 items dont l'âge de la mère (annexe 2). L'âge exprimé en années est parfois surévalué.

Puis avec l'aide du département d'information médicale du CHCG, nous avons effectué une recherche informatique de toutes les entrées des femmes de seize ans et moins dans les unités de gynécologie, de grossesse pathologique et de maternité, pendant la période considérée. (L'âge étant calculé par l'ordinateur à partir de la date de naissance.)

Cette double recherche a permis de mettre en évidence des erreurs d'attribution d'âge dans les registres d'issue de grossesse. Elle a permis de prendre en compte les dossiers non informatisés et d'étudier les dossiers des adolescentes hospitalisées pour une cause obstétricale, mais n'ayant pas accouché ; ces dernières ne figurent pas dans les registres d'issue de grossesse.

La recherche des critères prédéfinis pour chaque patiente a été effectuée par consultation des dossiers aux archives générales de l'hôpital. Les dossiers de toutes les femmes ayant accouché ont été consultés.

À partir du dernier trimestre 1996 un nouveau dossier de gynécologie a été progressivement mis en place pour remplacer totalement l'ancien. Ce dossier simplifié et plus facile d'emploi a permis un meilleur remplissage des données, ce qui explique en partie un nombre moins important de données non renseignées pour l'année 1997.

En ce qui concerne la partie « contexte social et psychologique », les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et des notes personnelles de la psychologue attachée au service de Gynécologie et de l'assistante sociale.

Enfin, à la recherche de toutes les adolescentes de moins de seize ans ayant subi une IVG, nous avons consulté les registres des interruptions volontaires de grossesse dans la période considérée. Ces adolescentes ne sont pas incluses dans notre étude, mais cette recherche nous a permis d'évaluer le recours à l' IVG chez les adolescentes.

4.4- Critères d'inclusion

Notre étude concerne les adolescentes ayant moins de seize ans révolus le jour de leur accouchement. Comme le recommande l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), nous avons limité notre étude aux naissances d'un terme supérieur à vingt deux semaines d'aménorrhée. [46]

Toutefois, les grossesses qui ne sont pas incluses font l'objet d'un descriptif en préambule des résultats.

V- RÉSULTATS

Préambule

Entre janvier 1996 et décembre 1997, cent vingt et une adolescentes de moins de seize ans ont été admises dans le service de gynécologie et obstétrique du CHGC pour une cause obstétricale.

Quatre vingt onze ont accouché après une grossesse d'un terme supérieur ou égal à vingt deux semaines d'aménorrhée, parmi ces dernières une a accouché une première fois en 1996 et une seconde fois en 1997 ce qui porte le nombre de grossesses pour notre étude à quatre vingt douze et quatre vingt quatorze naissances compte tenu de deux naissances gémellaires. Durant la même période, il y a eu au CHGC 3395 naissances portant ainsi le pourcentage des naissances de mères adolescentes de moins de 16 ans à 2,8.

Par ailleurs sept adolescentes ont présenté une fausse-couche :

- Deux d'entre elles à vingt semaines d'aménorrhée. Pour ces deux grossesses il n'y a pas eu de suivi et l'une des deux jeunes filles est entrée à l'hôpital pour des métrorragies avec notion de mesures abortives les jours précédents (« *prise d'un comprimé gris suivie d'une douche vaginale à base de feuilles* »).
- Deux autres à seize semaines d'aménorrhée, pour une il est mentionné dans le dossier : « *grossesse non désirée, désir d'IVG* ».
- Deux jeunes filles ont présenté respectivement une fausse-couche à douze semaines d'aménorrhée et dix semaines d'aménorrhée.
- Enfin pour la dernière, le terme n'est pas mentionné.

Une adolescente âgée de quinze ans n'a pas accouché au CHGC, mais a été hospitalisée avant d'être transférée en Martinique pour prise en charge chirurgicale à la naissance du fœtus qui présentait une malformation détectée à l'échographie (omphalocèle et agénésie probable du corps calleux).

Deux jeunes filles ont subi une interruption thérapeutique de grossesse :

- La première âgée de treize ans et deux mois - enceinte à la suite d'une relation incestueuse avec son oncle paternel - au terme de quatorze semaines d'aménorrhée.
- La seconde âgée de treize ans et dix mois, enceinte de treize semaines et demi d'aménorrhée.

Enfin vingt adolescentes de moins de seize ans ont bénéficié d'une IVG. Ainsi pour la période d'étude, le nombre d'IVG pour cent conceptions (somme des naissances, des mort-nés et des IVG) est de 16,4 % .

5.1- La mère

5.1.1- Âge moyen, âges extrêmes

L'âge moyen est de 15,1 ans.

La plus jeune est âgée de 11 ans et 2 mois, cette grossesse est la conséquence d'un viol, cinq adolescentes sont âgées de 15 ans et 11 mois.

5.1.2- Répartition en fonction de l'âge

Tableau n° 3 : Répartition en fonction de l'âge

Tranche d'âge	1996	1997	Total	% /total
< à 13 ans	0	1	1	1,09%
13-14 ans	1	2	3	3,26%
14-15 ans	8	17	25	27,17%
15-16 ans	30	33	63	68,48%
Total	39	53	92	100,00%

Plus des deux tiers des mères ont entre 15 et 16 ans.

5.1.3-Origine géographique

Soixante et une adolescentes, soit 66 %, habitent en zone urbaine (Cayenne, Rémire-Montjoly, Matoury, Macouria), vingt-huit (30 %) résident dans une commune située au bord du fleuve Maroni (Maripassoula, Grand Santi, Papaïchton) ou au bord du fleuve Oyapock (Saint Georges, Camopi), les trois restantes habitent en zone rurale (Roura, Régina).

5.1.4-Origine socioculturelle et nationalité

Tableau n°4: Répartition en fonction de l'origine socioculturelle

Etnnie	1996	1997	total	%
Chinoise	0	0	0	0,00%
Métropolitaine	0	1	1	1,09%
Guyanienne	0	2	2	2,17%
Surinamaise	0	3	3	3,26%
Autres	1	3	4	4,35%
Amérindienne brésilienne	1	5	6	6,52%
Noire marron surinamaise	3	3	6	6,52%
Amérindienne française	5	2	7	7,61%
Brésilienne	3	5	8	8,70%
Haïtienne	7	7	14	15,22%
Noire marron française	8	9	17	18,48%
Créole	11	13	24	26,09%
Total	39	53	92	100,00%

Près d'une mère sur deux est étrangère (47 %)

5.1.5-Niveau scolaire

Le niveau scolaire de la mère est celui qu'elle a atteint au moment de la grossesse, cela ne signifie pas qu'elle est à ce même moment scolarisée.

Tableau n° 5 : Répartition selon le niveau scolaire

Niveau scolaire	1996	1997	Total	%
Secondaire	20	39	59	84,29%
Primaire	2	8	10	14,29%
Non scolarisée	0	1	1	1,43%
Total	22	48	70	100,00%
Pas de renseignement	17	5	22	

On observe que 85 % des adolescentes ont atteint un niveau secondaire.

5.1.6-Situation familiale

Tableau n° 6 : Répartition selon la situation familiale

Situation familiale	1996	1997	total	%
Celibataire	28	35	63	74,12%
Concubine	5	13	18	21,18%
Mariée	2	2	4	4,71%
Total	35	50	85	100,00%
Pas de renseignement	4	3	7	

On observe que vingt deux adolescentes vivent en couple, maritalement ou en concubinage, parmi elles, neuf, soit 40,9 %, sont amérindiennes françaises ou brésiliennes. Ainsi sur les treize amérindiennes de la série, neuf sont concubines (70 %).

5.1.7-Puberté

Sur 72 données renseignées l'âge moyen de la puberté est de 12 ans.

5.1.8-Antécédents obstétricaux

Sur le total des mères sept adolescentes sont deuxième geste : trois ont déjà accouché une fois, trois ont subi une interruption volontaire de grossesse, une a présenté une fausse-couche à 10 SA.

On note que deux adolescentes sont troisième geste : l'une a accouché deux fois à 13 ans et à 14 ans, la deuxième a présenté deux fausses-couches. Par conséquent 9,7 % des mères sont multigestes.

5.1.9-Antécédents comportementaux

Deux adolescentes ont été hospitalisées pour tentative de suicide suite à des conflits familiaux.

Une jeune fille a été hospitalisée en réanimation pour un traumatisme crânien à la suite d'une chute de quatre mètres alors qu'elle fuguait du foyer où elle habite.

5.2-Le père

5.2.1-Âge

Nous n'avons pas retrouvé de renseignement concernant le père pour trente huit dossiers (soit 41,3 % de données non renseignées).

Sur cinquante quatre données renseignées, l'âge moyen du père est de 21,3 ans. La moyenne de la différence d'âge entre l'adolescente et le père est de 6,7 années.

Le plus jeune père a 14 ans, le plus âgé a 38 ans.

5.2.2-Situation professionnelle

Parmi les cinquante-quatre pères dont on connaît l'âge, la situation professionnelle est renseignée dans quarante-cinq cas.

Tableau n° 7 : Répartition selon la situation professionnelle

Situation	1996	1997	total	%
Etudiant	8	6	14	31,11%
Exerce une profession	6	13	19	42,22%
Sans profession	7	5	12	26,67%
Total	21	24	45	100,00%
Aucun renseignement	2	7	9	

L'âge moyen des pères est de :

- 17,1 ans parmi les étudiants,
- 23,9 ans parmi ceux qui exercent une profession,
- 20,9 ans parmi ceux qui sont sans profession.

5.3-Le suivi de la grossesse

5.3.1-Mode de surveillance

Tableau n° 8 : Répartition selon le mode de surveillance de la grossesse

Mode de surveillance	1996	1997	total	%
PMI et Hôpital	9	13	22	23,91%
Centre de santé	9	10	19	20,65%
CPV** seul	4	7	11	11,96%
PMI seule	2	5	7	7,61%
Centre de santé et hôpital	4	3	7	7,61%
CPV** et hôpital	2	4	6	6,52%
Généraliste	3	3	6	6,52%
Spécialiste de l'hôpital	1	5	6	6,52%
Généraliste et hôpital	2	0	2	2,17%
Spécialiste de ville	2	0	2	2,17%
Spécialiste de ville et hôpital	1	1	2	2,17%
Généraliste et Spécialiste de vil	0	1	1	1,09%
Non suivie	0	1	1	1,09%
Total	39	53	92	100,00%

* : Centre de Prévention et de Vaccination (CPV)

Il apparaît que 86 % des adolescentes ont été suivies uniquement en secteur public.

On observe que 79 % des adolescentes ont fait suivre leur grossesse en partie ou totalement dans des centres de santé départementaux (PMI, CPV, Centre de santé).

On note que 52 % des adolescentes ont bénéficié d'une consultation spécialisée obstétricale.

5.3.2-Date des dernières règles

Tableau n° 9: Répartition selon les dates des dernières règles

Dernières règles	1996	1997	total	%
Connue	17	21	38	41,30%
Imprécise	6	4	10	10,87%
Inconnue	16	28	44	47,83%
Total	39	53	92	100,00%

La date des dernières règles est connue dans 41 % des cas.

5.3.3-Nombre de consultations

Tableau n° 10 : Répartition selon le nombre de consultations

Nbre de consultations	1996	1997	total	%
0	0	1	1	1,22%
1 à 3	6	9	15	18,29%
4 à 6	18	22	40	48,78%
≥ 7	9	17	26	31,71%
Total	33	49	82	100,00%
Aucun renseignement	6	4	10	

Près d'une adolescente sur cinq a eu moins de quatre consultations.

5.3.4-Nombre d'échographies

Tableau n° 11 : Répartition selon le nombre d'échographies

Nbre d'échographies	1996	1997	total	%
0	1	1	2	2,53%
1	8	11	19	24,05%
2	18	12	30	37,97%
3 ou plus	6	22	28	35,44%
Total	33	46	79	100,00%
Pas de renseignement	6	7	13	

On note que près des trois quarts des adolescentes ont eu au moins deux échographies.

5.3.5-Pathologies en cours de grossesse

5.3.5.1-Hospitalisation

Trente quatre adolescentes ont été hospitalisées au cours de leur grossesse (soit 36,94 %).

Tableau n° 12 : Motif d'hospitalisation

Motif d'hospitalisation	Nombre de cas	Durée de l'hospitalisation
Menace d'accouchement prématuré	17	14,7 jours(moyenne)
Pathologie infectieuse	9	8,3 jours(moyenne)
Toxémie gravidique	2	22 jours ; 39 jours
Retard de croissance Intra-utérin	1	46 jours
Bilan pour perturbation du doppler	1	1 jour
Viol	1	4 jours
Chute inexplicquée	1	Non renseigné
Tentative de suicide	1	1 jour
Demande d'interruption de grossesse (à 15 SA)	1	1 jour

Parmi les dix-sept hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré neuf accoucheront avant trente-sept SA.

5.3.5.2- Infections

Aucune adolescente n'est positive pour le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) ou pour le virus de l'hépatite B.

Une adolescente présente une sérologie positive pour la syphilis.

On note un cas de séroconversion pour la toxoplasmose au cours du premier trimestre. La patiente a été traitée par ROVAMYCINE® . Les échographies de surveillance n'ont détecté aucune anomalie. À la naissance l'examen clinique du nouveau-né était sans particularité. Il a bénéficié d'une échographie transfontanellaire et d'une radiographie du crâne qui se sont révélées normales.

Trente sept adolescentes (40,21 %) ont présenté une infection vaginale ou urinaire au cours de la grossesse.

Deux morts fœtales in utero (23 SA et 5 jours et 22 SA et 3 jours) ont eu lieu dans un contexte infectieux clinique et biologique, dans un seul cas l'agent pathogène a été identifié, il s'agissait de *Proteus mirabilis*.

5.3.5.3-Taux d'hémoglobine avant l'accouchement.

Cinq adolescentes ont accouché à domicile, pour celles-ci le prélèvement sanguin n'a donc pu être effectué avant l'accouchement. Pour les quarante-sept autres le prélèvement a été effectué à l'arrivée en salle de travail ou dans les jours précédents en cas d'hospitalisation.

Tableau n° 13 : Répartition en fonction du taux d'hémoglobine

Taux d'hémoglobine	1996	1997	Total	%
T ≤ 8 g/dl	2	1	3	3,45%
8 g/dl < T ≤ 9 g/dl	0	3	3	3,45%
9 g/dl < T ≤ 10 g/dl	3	6	9	10,34%
10 g/dl < T ≤ 11 g/dl	15	14	29	33,33%
11 g/dl < T ≤ 12 g/dl	9	13	22	25,29%
T > 12 g/dl	7	14	21	24,14%
Total	36	51	87	100,00%

On observe que 17 % des adolescentes ont un taux d'hémoglobine inférieur ou égal à 10g/dl. Les trois cas où le taux d'hémoglobine est inférieur à 8g/dl correspondent à des cas de paludisme.

5.4-L'accouchement

5.4.1-Le terme

Tableau n° 14 : Répartition selon le terme de l'accouchement

Terme	1996	1997	total	%
de 22 SA à 26 SA + 6 jours	1	1	2	2,17%
de 27 SA à 32 SA + 6 jours	4	1	5	5,43%
de 33 SA à 36 SA + 6 jours	3	10	13	14,13%
de 37 SA à 41 SA + 6 jours	31	40	71	77,17%
≥ à 42 SA	0	1	1	1,09%
Total	39	53	92	100,00%

Une adolescente sur cinq a accouché avant 37 SA.

5.4.2-Terme de l'accouchement et surveillance

Tableau n° 15 : Terme de l'accouchement et nombre de consultations pendant la grossesse.

	Terme < à 37 SA		Terme ≥ à 37 SA	
	Effectif	%	Effectif	%
0 consultation	1	6,25%	0	0,0%
1 à 3 consultations	6	37,50%	9	13,6%
4 à 6 consultations	8	50,00%	32	48,5%
≥ 7 consultations	1	6,25%	25	37,9%
Total	16	100,00%	66	100,00%

Un peu plus de 40 % des adolescentes qui ont accouché avant 37 SA ont eu moins de quatre consultations au cours de leur grossesse.

Parmi les adolescentes qui ont accouché après 37 SA près de 86 % ont eu au moins quatre consultations au cours de leur grossesse.

5.4.3-Le mode

Cinq adolescentes ont accouché à domicile : quatre de façon favorable, pour la cinquième l'enfant était mort-né après rétention de la tête sur une présentation du siège.

Tableau n° 16 : Répartition selon le mode d'accouchement

Mode	1996	1997	total	%
Voie basse spontanée ou dirigée	32	40	72	78,26%
Voie basse instrumentale	1	5	6	6,52%
Césarienne	5	8	13	14,13%
RU* sous AG**	1	0	1	1,09%
Total	39	53	92	100,00%

* : Révision Utérine

** : Anesthésie Générale

Sur les 13 cas de césarienne, il y a eu 6 indications pour disproportion fœto-pelvienne.

5.4.4-L'état du périnée

L'étude concerne les 78 accouchements par voie basse.

Tableau n° 17 : Répartition en fonction de l'état du périnée

État du périnée	1996	1997	total	%
Intact	9	11	20	25,64%
Déchirure simple	8	10	18	23,08%
Épisiotomie	16	24	40	51,28%
Total	33	45	78	100,00%

Dans un quart des cas le périnée est intact.

5.5-L'enfant

5.5.1- Mortalité périnatale, mortinatalité et mortalité néonatale précoce

Parmi les quatre vingt dix grossesses mono fœtales et les deux grossesses gémellaires, nous notons deux morts fœtales in utero à 23 SA et 5 jours et 22 SA et 3 jours et un enfant mort-né. Ainsi nous obtenons 91 naissances vivantes. Deux enfants sont décédés secondairement à J3 et J4.

La mortalité périnatale (nombre de décès de la naissance à 7 jours de vie rapporté au nombre de naissances d'un poids supérieur ou égal à 500 grammes ou d'un terme supérieur ou égal à 22 SA) est de 53 pour 1000.

La mortalité périnatale (nombre de décès de la naissance à 7 jours de vie rapporté au nombre de naissances d'un poids supérieur ou égal à 1000 grammes ou d'un terme supérieur ou égal à 28 SA) est de 33 pour 1000.

La mortinatalité (nombre de fœtus ou mort-né d'un poids supérieur ou égal à 500 grammes ou d'un terme supérieur ou égal à 22 SA rapporté au nombre total de naissances) est de 31 pour 1000.

La mortalité néonatale précoce (nombre d'enfants nés vivants et décédés entre 0 et 6 jours de vie rapporté au nombre de naissances vivantes) est de 21 pour 1000.

5.5.2-Le sexe

Parmi les 94 fœtus, 41 sont de sexe masculin, 52 de sexe féminin et un fœtus est de sexe indéterminé (révision utérine sous anesthésie générale pour mort fœtale in utero à 22 SA et 3 jours).

5.5.3-Le poids à la naissance

Sur 91 naissances vivantes le poids moyen des nouveau-nés est de 2830 grammes.

Tableau n° 18 : Répartition en fonction du poids de naissance des enfants nés vivants

Poids de naissance*	1996	1997	total	%
De 1000 à 1499	2	2	4	4,40%
De 1500 à 1999	2	3	5	5,49%
De 2000 à 2499	4	5	9	9,89%
De 2500 à 2999	18	18	36	39,56%
De 3000 à 3499	10	19	29	31,87%
De 3500 à 3999	2	5	7	7,69%
> à 4000	1	0	1	1,10%
Total	39	52	91	100,00%

*: en grammes

Un enfant sur cinq a un poids inférieur à 2500 grammes.

Tableau n° 19 : Poids en fonction du terme

	Poids < 2500 g		Poids ≥ 2500 g	
	effectif	%	effectif	%
Enfants nés < 37 S.A.	16	84,2%	3	15,8%
Enfants nés ≥ 37 S.A.	3	4,2%	69	95,8%

On observe 15,8 % de nouveau-nés hypotrophes (poids inférieur à 2500 grammes) à terme.

5.5.4-Transfert en néonatalogie

Sur quatre vingt onze enfants nés vivants, vingt enfants, soit près de 22 %, ont été transférés en néonatalogie à la naissance ou secondairement.

Tableau n° 20 : Motif de transfert en néonatalogie et durée d'hospitalisation

Terme de l'accouchement	Motif du transfert	Durée de l'hospitalisation
34 SA et 3 jours	Prématurité, RCIU* Toxémie gravidique	20 jours
30 SA et 1 jour	Prématurité, Infection	29 jours
30 SA et 3 jours	Prématurité, Infection	Décédé à 3 jours de vie
27 SA et 4 jours	Prématurité	71 jours
33 SA et 2 jours (1 ^{er} jumeau)	Prématurité	23 jours
33 SA et 2 jours (2 ^{ème} jumeau)	Prématurité Détrresse respiratoire	29 jours
35 SA et 3 jours	Prématurité Hypotrophie	25 jours
29 SA et 3 jours	Prématurité Détrresse respiratoire	63 jours
39 SA et 3 jours	Malformation	11 jours (avant transfert)
40 SA	Infection	1 jour
38 SA	Infection	5 jours
39 SA	Infection (Streptocoque B)	6 jours
40 SA et 3 jours	Ictère néonatal (Incompatibilité ABO)	2 jours
37 SA et 6 jours (1 ^{er} jumeau)	Hypotrophie, infection Détrresse respiratoire	Décédé à 4 jours de vie
36 SA et 5 jours	Hypoglycémie Toxémie gravidique	3 jours
35 SA et 2 jours	Hypoglycémie Hypothermie	4 jours
39 SA et 6 jours	Diarrhée	8 jours
37 SA et 6 jours (2 ^{ème} jumeau)	Détrresse respiratoire	19 jours
38 SA	Surveillance Accouchement difficile	3 jours
38 SA	RCIU*	8 jours

* : Retard de Croissance In Utero

5.6-Le post-partum

5.6.1-Durée de l'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation en cas d'accouchement par voie basse est de 5,6 jours et en cas de césarienne les patientes sont restées hospitalisées 9,8 jours (hormis une adolescente qui est restée 90 jours en réanimation).

Trois adolescentes ont quitté le service contre avis médical et deux ont fugué.

5.6.2-Pathologies du post-partum

On ne déplore aucun décès maternel.

Deux adolescentes ont présenté une crise d'éclampsie dans le post-partum immédiat, sans notion de toxémie gravidique. L'évolution a été favorable après une surveillance de 24 heures en réanimation.

Une jeune fille a séjourné 90 jours dans le service de réanimation après une césarienne décidée en urgence à 37 SA et 6 jours pour crises convulsives répétées avec tension artérielle normale, sans antécédent d'épilepsie, avec notion de chute de cause inexpliquée en début de grossesse. Le scanner cérébral a montré des hypodensités multiples bilatérales à prédominance sous corticale. Le diagnostic retenu est une thrombophlébite cérébrale en rapport avec un déficit en protéine S.

Vingt-quatre jeunes accouchées (26 %) ont reçu un traitement antibiotique.

Deux semaines après un accouchement prématuré à 29 SA et 3 jours, une jeune mère a été hospitalisée pour tentative de suicide par ingestion d'eau de javel. La raison invoquée pour expliquer son geste a été l'angoisse face à la situation de jeune mère et l'inquiétude quant au devenir de l'enfant hospitalisé en néonatalogie.

5.6.3-Allaitement

On constate que soixante-dix-sept adolescentes ont débuté un allaitement maternel à la maternité. Pour des raisons médicales (abcès du sein, traitement incompatible) ou pour refus personnel d'allaitement, dix ont reçu du PARLODEL®. Une mère qui a donné naissance à des jumeaux, dont un est décédé à J4, est restée hospitalisée trois mois en réanimation après l'accouchement et n'a pas allaité. Pour quatre jeunes filles, la question de l'allaitement ne s'est pas posée du fait de l'issue fatale de la grossesse.

5.6.4-Contexte social et psychologique

Au moment de l'accouchement onze jeunes filles n'étaient pas accompagnées d'un parent ayant l'autorité parentale et ce dernier n'a pu être joint étant hors du département. Elles ont alors bénéficié d'une procédure d'urgence par l'intermédiaire du Procureur de la République pour obtenir une autorisation de soins.

Le désir de grossesse est affirmé dans treize cas, par contre quinze jeunes filles déclarent que cette grossesse n'était pas désirée.

À la suite de leur grossesse, six adolescentes sont en situation de rejet de la part de leur famille et ont donc quitté le domicile parental.

Dans trente et un cas, la grossesse est bien acceptée par la famille, cette notion n'est pas évaluée pour les vingt-deux jeunes filles qui vivent en couple (mariée ou concubine).

VI- DISCUSSION

6.1-Qualité des résultats

Pour étudier un nombre suffisant de dossiers nous avons réalisé une étude rétrospective sur une période de deux ans. Tous les dossiers répondant aux critères d'inclusion ont été admis dans l'étude afin d'obtenir des résultats exhaustifs sur la période.

Nous avons obtenu un échantillon non représentatif des jeunes mères de Guyane car l'étude a été uniquement menée au CHGC alors qu'il existe d'autres maternités en Guyane. Le CHGC est malgré tout le plus gros centre hospitalier de la région où aboutissent des femmes de tout le département. En effet, afin de réduire la mortalité périnatale, le département et le CHGC ont signé une convention pour que toutes les femmes enceintes ayant une grossesse pathologique puissent accoucher au CHGC (annexe 3). Le nombre de naissances au CHGC représente environ 40 % des naissances de tout le département. (Il y a eu en 1997, 4150 naissances en Guyane dont 1723 à l'hôpital de Cayenne)

Les résultats de notre étude n'ont pas été comparés avec un groupe de témoins, mais la comparaison sera faite par rapport aux données de la littérature médicale.

Comme il s'agit d'une étude rétrospective nous avons été confrontés à un remplissage de données parfois incomplet. Ainsi un certain nombre de variables a été écarté de l'étude.

La variable « utilisation d'une contraception avant la grossesse » n'a pu être retenue pour l'étude du fait d'un nombre important de non-réponses. Les rares réponses positives concernaient en majorité les jeunes filles multigestes.

La variable « durée du travail » ne figure pas dans l'étude car les données retrouvées dans les dossiers nous sont apparues approximatives voire aberrantes. Nous avons tout de même étudié des variables qui nous semblaient pertinentes malgré un faible taux de remplissage, en particulier celles concernant le père.

Pour l'année 1997 nous obtenons un meilleur taux de données renseignées pour la plupart des variables que nous expliquons par la mise en place du nouveau dossier médical à partir du dernier trimestre 1996.

Tableau n° 21 : Proportion de données non renseignées en 1996 et 1997

	1996	1997
Niveau scolaire de la mère	43,6 %	9,4 %
Situation familiale de la mère	43,6 %	5,7 %
Âge du père de l'enfant	41 %	43,4 %
Situation professionnelle(père)	8,7 %	22,6 %
Nombre de consultations de suivi	15,4 %	7,54 %
Nombre d'échographies	15,4 %	13,2 %

L'exactitude des données est soumise à la qualité de remplissage des dossiers. Nous avons détecté et corrigé des erreurs concernant l'âge de la mère, mais pour certaines variables, il n'y a pas eu de vérification possible. Ainsi nous admettons qu'il existe probablement des erreurs en ce qui concerne la nationalité de la mère puisque les items proposés pour répondre à cette question comportent à la fois la notion de nationalité et l'origine socioculturelle. Nous acceptons néanmoins les résultats de cette variable, car nous obtenons une proportion de mères étrangères identique à la population générale.

Pour obtenir des résultats plus fiables, la convocation des jeunes filles a été envisagée, mais cela n'a pas été réalisé car un tiers des adolescentes vit en dehors de l'île de Cayenne (Cayenne, Remire-Montjoly, Matoury) dans des zones fluviales ou rurales difficilement accessibles et la majorité des adresses sont imprécises.

6.2-Les résultats

6.2.1-Épidémiologie

En Guyane, le taux de grossesse chez les adolescentes est très élevé. Pour notre étude, la proportion des mères de moins de seize ans s'élève à 2,8 %, ce qui est conforme au taux du département égal à 2,7 % en 1997, avec une moyenne de 2,5 % entre 1992 et 1997. [19] Dans notre étude, le nombre de cas de grossesses chez l'adolescente est passé de 39 en 1996 à 53 en 1997 soit une augmentation de 35 % entre les deux années.

Une étude réalisée à Saint Laurent du Maroni en Guyane entre 1985 et 1995 montrait un taux de 3,5 % de naissances issues de mères de la même tranche d'âge. Ce taux plus important peut s'expliquer par le recrutement exclusif pour cette étude de jeunes filles d'origine Noir Marron. [43] En effet, 47,8 % des mères de 10 à 15 ans étaient d'origine Noir Marron pour les naissances cumulées de 1992 à 1997 de l'ensemble du département. [19] Selon Carles, en Guyane, le taux de grossesse chez les adolescentes de moins de seize ans ne cesse de croître. [43]

Dans les autres départements français d'outre mer, les taux sont sensiblement supérieurs à ceux de la métropole, mais le record reste attribué à la Guyane. En Martinique, le taux de grossesse chez les mineures de moins de seize ans s'élevait entre 1979 et 1982 à 2,19 %. [47] À la Réunion, la proportion des mères mineures était de 7,7 % en 1988 et en Guadeloupe ce taux s'élevait à 3,6 % en 1996. [48,49]

En France métropolitaine, la proportion de naissances issues de mères mineures était de 0,6 % en 1992. [6]

Ces taux relativement bas par rapport au reste de l'Europe font suite à une diminution progressive depuis les années 70. Jusqu'en 1982, 1,1 à 1,2 % des mères avaient moins de 18 ans. [4, 26, 50] Dans les années 80, ces taux ont diminué de 0,8 à 0,6 %. [26]

En 1984, une étude montrait que les naissances issues des mères âgées de moins de 15 ans et 3 mois représentaient 0,25 % des naissances. [51]

Dans un rapport récent, on note pourtant 1,85 % de naissances de mères mineures. Il s'agit d'une étude en Seine St Denis où le pourcentage d'accouchement de mères étrangères, considérées comme plus fécondes, est de 50 %. [22]

Pour la période d'étude, au CHGC, 16,4 % des grossesses chez les adolescentes de moins de 16 ans ont abouti à une IVG. Ce taux est relativement plus bas que pour l'ensemble de la population de la Guyane, où le taux d'IVG atteint 22 %. Pour les moins de 18 ans, 21 % des grossesses sont interrompues.

Les mineures ont plus fréquemment accès à l'IVG dans les deux autres départements français d'Amérique. Aux Antilles, 37 % des conceptions en Guadeloupe, et 28 % en Martinique aboutissent à une IVG. Chez les mineures, une grossesse sur deux se termine par une IVG en Martinique et 40 % en Guadeloupe. [53]

En France métropolitaine le recours à l'IVG chez les mineures est plus fréquent qu'en Guyane, ainsi les deux tiers des conceptions chez les moins de 18 ans aboutissent à une IVG, contre 20 % pour la population générale. [22, 32]

On observe donc en Guyane un accès moins important à l'IVG, qui peut s'expliquer par un accès aux soins plus difficile pour une partie de la population. [53] Ainsi, une minorité de mineures enceintes interrompent leur grossesse en Guyane, contrairement aux autres départements.

Le désir de garder leur grossesse est-il plus fort ? L'accès à l'interruption de grossesse est-il plus difficile ? Dans notre série, quinze jeunes filles affirment qu'elles ne désiraient pas cette grossesse.

6.2.2-La mère

6.2.2.1-L'âge

Nous avons limité notre étude aux adolescentes de moins de 16 ans car la plupart des auteurs s'accordent à dire que ce sont les grossesses chez la très jeune fille qui comportent des risques médicaux. [33, 47, 51, 54]

De plus, en Guyane, les naissances issues des mères mineures représentent près de 9 % de l'ensemble des naissances, la tranche d'âge choisie correspond à une fraction moins importante de la population, mais plus caractéristique.

La plupart des études concernent les adolescentes de moins de 18 ans, ce qui rend les comparaisons plus difficiles. [22, 49, 50, 55, 56, 57, 58]

Quelques études concernent des filles plus jeunes notamment en Guyane à Saint Laurent du Maroni, à Lille, en Martinique et en Autriche. [43, 47, 51, 59]

La majorité des adolescentes de notre étude, soit 68 % est âgée de 15 ans. Les adolescentes âgées de 14 à 15 ans représentent un peu plus du quart de notre série. Trois sont âgées de 13 à 14 ans et une seule a moins de 13 ans. On retrouve la donnée classique selon laquelle la proportion des naissances chez les mineures augmente avec l'âge. [47, 59]

Les naissances issues de mères très jeunes sont donc exceptionnelles et dans notre étude il s'agit pour la plus jeune d'une grossesse à la suite d'un viol. Pour les autres grossesses menées à terme, nous n'avons pas la notion de relations sexuelles non consenties, mais il peut s'agir de l'absence d'aveu de la part des jeunes filles.

6.2.2.2-Origine géographique

Un tiers des mères habite dans des zones très éloignées de Cayenne. Elles n'ont pas accouché dans les dispensaires proches de leur lieu de résidence car elles ont été orientées avant leur accouchement vers le CHGC. En effet, le jeune âge de ces futures mères représente à lui seul un motif

d'évacuation sanitaire conformément à la convention passée entre le département et le CHGC. (annexe 3) Un certain nombre d'adolescentes accouchent également à Saint Laurent. [43]

6.2.2.3-Origine socioculturelle

Tableau n° 22: Proportion de naissances selon l'origine socioculturelle de la mère en Guyane et dans notre étude.

	Population générale Guyane* (92-97)	10 à15 ans Guyane* (92-97)	Moins de 16 ans (Notre étude)
Créole	24 %	16 %	26 %
Noirs Marrons	24 %	47,8 %	23,7 %
Amérindienne	3,5 %	14,3 %	14,1 %
Haitienne	16 %	8,6 %	15,2 %
Brésilienne	8 %	7,3 %	8,7 %
Surinamaïse	3,8 %	3,5 %	3,2 %
Guyanienne	3,5 %	1,5 %	2,2 %
Métropolitaine	5 %	0,7 %	1 %
Autres		0,3 %	4,3%

* : Référence [19]

On observe pour l'ensemble de la Guyane que 47,8 % des mères de moins de seize ans sont Noirs Marrons contre 23,7 % dans notre série. Cette différence s'explique par la concentration de la population Noir Marron le long du fleuve Maroni situé à plus de 300 kilomètres de Cayenne. Ces jeunes mères accouchent donc préférentiellement à la maternité de Saint Laurent, dans les dispensaires situés dans les villages du fleuve ou à domicile.

Dans notre étude, une adolescente sur quatre est d'origine créole.

L'analyse de la répartition par groupe socioculturel montre que pour l'ensemble de la Guyane, les grossesses chez les mineures concernent prioritairement les groupes ayant conservé un mode de vie traditionnel comme les populations Noirs Marrons et Amérindiennes : la proportion des mères mineures dans ces groupes est plus importante que dans la population générale.

La moitié des naissances de notre série est issue de mères étrangères, cette proportion est la même que dans la population générale. En Seine St Denis, 50 % des mères qui accouchent sont étrangères et parmi les mères mineures, seul un quart est d'origine métropolitaine. [22]

Si on étudie dans notre série la composante française de la population guyanaise hormis les populations traditionnelles (Noirs Marrons, amérindiennes), la fréquence des mères mineures tend à se réduire de 2,8 % à 0,74 %, plus proche du taux national de 0,6 %. [6]

6.2.2.4-Niveau scolaire

Les données concernant le niveau scolaire de la mère ne sont pas renseignées dans plus de 20 % des cas.

Les résultats rendent compte du niveau scolaire sans préciser si la jeune mère était scolarisée avant et au cours de la grossesse. Néanmoins, la grande majorité des adolescentes a poursuivi des études jusqu'au secondaire et elles devraient avoir accès à l'information.

Certaines séries montrent des résultats similaires avec une proportion de 75,2 % de mineures scolarisées au Congo, 80 % des jeunes filles sont dans le secondaire au moment de leur grossesse en Guadeloupe et, à Saint Laurent, 62 % des adolescentes sont régulièrement scolarisées. [43, 49, 58]

Pour d'autres, malgré le jeune âge des adolescentes, l'abandon de la scolarité est fréquent et précède souvent le début de la grossesse.

En Seine St Denis, en Martinique, à Lille et à Nancy, on observe une majorité de jeunes filles non scolarisées autour de 75 %. [22, 47, 51, 56]

6.2.2.5-Situation familiale

Concernant le statut marital, 92,5 % des données sont renseignées.

Nos résultats sont en accord avec ceux de la littérature où, compte tenu de l'âge des jeunes filles, une grande partie est célibataire, qu'elle vive en couple ou qu'elle vive seule. Le mariage a été officialisé dans 4,7 % des cas de notre étude. On observe des taux similaires de 3 % en Guadeloupe et de 4,5 % au Congo pour des jeunes filles de moins de 18 ans. [49, 58]

Cependant, pour cette même tranche d'âge, en Seine St Denis, 42 % des femmes sont mariées. [22]

L'analyse de l'origine socioculturelle nous a montré que les Amérindiennes vivent majoritairement en concubinage au moment de leur grossesse. L'arrivée d'un enfant s'inscrit dans un projet de couple. [60]

Il faut tenir compte par ailleurs du fait que, la part des enfants nés hors mariage en Guyane est de 80 % pour l'ensemble de la population. [40] Ainsi le faible pourcentage de mères mariées dans notre étude s'explique par leur jeune âge, (rappelons que l'âge minimum requis pour le mariage est de 15 ans pour les filles) mais également par les habitudes culturelles de la population de la Guyane.

Nous ne devons pas oublier que le célibat donne droit à l'allocation de parent isolé ajoutée à l'allocation pour jeune enfant.

Le montant des allocations versées représente environ 2700 francs par mois. « Cette somme induit un changement brutal dans les possibilités financières de l'adolescente sans commune mesure avec l'argent dont peuvent disposer les autres jeunes de son âge. On peut se demander si ces prestations ne favorisent pas l'augmentation de la fréquence des grossesses chez l'adolescence, dans la mesure où elles permettent une meilleure acceptation par le milieu familial puisqu'il y a apport financier ». [52]

6.2.2.6-Puberté

Nous avons observé un âge moyen de la puberté de 12 ans conforme aux données de la littérature où l'on note un âge moyen compris entre 11ans 8 mois et 13 ans. [47, 51, 58] La diminution de l'âge moyen de la puberté observée depuis cent ans, passant de 17 à 13 ans, peut expliquer en partie l'existence de grossesse chez les mineures. [22]

6.2.2.7-Antécédents obstétricaux

Toutes les séries montrent que, pour une partie des jeunes filles, il ne s'agissait pas de leur première grossesse. [43, 47, 48, 49, 50, 51, 56, 58] Dans notre étude où les jeunes mères ont moins de seize ans, nous retrouvons 9,7 % d'adolescentes multigestes. Ce pourcentage varie de 9 % à Lille pour des jeunes filles de moins de 15 ans et 3 mois à 12 % à Saint Laurent et jusqu'à 17,4 % en Martinique pour des adolescentes de la même tranche d'âge. [43, 47, 51]

Ce taux atteint 11,5 % chez les adolescentes de moins de 17 ans à la Réunion. [48]

Dans les études chez les adolescentes mineures, 20 % sont multigestes. [50, 56]

Comme le font remarquer certains auteurs, l'importance des antécédents, compte tenu du jeune âge, reflète l'intense activité sexuelle de ces patientes. [61]

6.2.3-Le père

6.2.3.1-Âge

L'hypothèse la plus probable pour expliquer que 41,3 % des données concernant le père sont non renseignées est l'absence de réponse de la part de l'adolescente, soit par méconnaissance, soit par oubli, soit par pudeur.

L'âge du père n'a pu être précisé dans 16 % des cas au Congo et dans 27 % des cas en Martinique. [47, 58]

Les pères sont majoritairement plus âgés que les adolescentes, avec une moyenne de différence d'âge égale à 6,1 ans. Ces pères sont donc majeurs et susceptibles d'être poursuivis si la jeune fille a moins de 15 ans. Comme le signalent les auteurs de l'étude Congolaise, le père vit son « impunité » en toute quiétude. [58]

L'âge moyen du père est de 21,3 ans dans notre série contre 22,6 ans en Martinique et 17 ans et 2 mois à Lille pour des adolescentes de moins de 15 ans et 3 mois. [47, 51]

6.2.3.2-Situation professionnelle

Dans 58 % des cas, les pères sont étudiants ou sans profession et ne disposent donc pas de revenu pour assumer la charge d'une famille. Ce constat renforce l'idée que ces naissances ne sont pas l'issue d'un projet. Au Congo et à Lille, on remarque la même proportion, autour de 60 %, de pères étudiants ou sans emploi. [51, 58]

6.2.4-Le suivi de la grossesse

6.2.4.1-Grossesses non suivies

Seul 1 % des grossesses n'a pas été suivi (un cas), ce chiffre est supérieur à la moyenne du département et à la moyenne nationale qui étaient de 0,3 % en 1997. [19] Par contre, à la différence d'autres séries, ce taux est relativement bas. La majeure partie des séries annonce un pourcentage de grossesse non suivies situé entre 3 et 5 %. [43, 47, 57] Pour d'autres, les adolescentes qui n'ont jamais consulté pendant leur grossesse représentent 15,9 % à Montpellier et jusqu'à 38 % au Congo. [58, 61]

La plupart des auteurs s'accordent à dire que les risques médicaux pour la mère et l'enfant sont directement liés à la qualité du suivi. [33, 38] En France, donc en Guyane, pour réduire le nombre de grossesses peu ou pas suivies, les allocations familiales versées au cours de la grossesse sont soumises au passage de consultations obligatoires qui sont au nombre de sept. [62]

6.2.4.2- Lieu du suivi

Dans notre série, 86 % des grossesses sont suivies uniquement dans le secteur public contre 50 % dans la population générale. [19]

Dans notre étude, le suivi de ces grossesses est réalisé dans 79 % des cas dans les centres de santé départementaux et dans les services de PMI. Ce constat peut s'expliquer par la gratuité des consultations offertes, par la proximité des centres avec une grande partie de la population mais également par l'absence de médecins libéraux dans les communes rurales ou situées sur le fleuve.

La présence de centres de santé et de centres de PMI dans un grand nombre de villages et dans les agglomérations urbaines est un atout majeur du département. (annexe 1) La surveillance des grossesses est réalisée au sein de ces centres, ou pour les populations très isolées du fleuve, les équipes médicales réalisent des tournées. (annexe 3)

Un des rôles primordial du personnel de ces centres est d'établir une relation de confiance avec les patientes pour qu'elles acceptent de faire suivre leur grossesse régulièrement.

6.2.4.3-Date des dernières règles

Les adolescentes de notre série connaissaient la date de leurs dernières règles dans 41 % des cas contre 4,4 % à Saint Laurent. [43] Cette ignorance dénote une certaine immaturité et une méconnaissance de la physiologie féminine due à leur jeune âge.

6.2.4.4-Nombre de consultations

Le suivi de la grossesse est considéré par différents auteurs comme suffisant à partir de quatre consultations. [43, 47, 48, 49, 50]

Dans notre série, 20 % des adolescentes n'ont pas bénéficié d'un suivi suffisant contre 9,2 % pour l'ensemble de la Guyane et 1 % pour la France métropolitaine. [19] Ce chiffre apparaît élevé par rapport à la population générale, mais on observe des taux compris entre 20 % et 25 % de grossesses mal suivies chez les adolescentes en Martinique, en Guadeloupe, à la Réunion, et à Paris. [47, 48, 49, 50] À Saint Laurent, les grossesses mal suivies sont plus fréquentes soit 35,3 %. [43]

6.2.4.5-Nombre d'échographies

Les échographies obligatoires au cours de la grossesse sont au nombre de trois. [62]

Près des trois quarts des adolescentes de notre série ont bénéficié d'au moins deux échographies.

Les filles qui sont dans des communes isolées ont pu également en bénéficier car les gynécologues du CHGC réalisent des tournées dans les villages situés au bord des fleuves Maroni et Oyapock afin d'effectuer des consultations spécialisées et des échographies à l'aide d'un échographe portatif. (annexe 3)

6.2.4.6-Pathologies en cours de grossesse

6.2.4.6.1-Hospitalisations

Plus du tiers des adolescentes de notre série a été hospitalisé au cours de la grossesse, en Guadeloupe on retrouve également 38,2 % de futures mères hospitalisées, mais cette proportion n'était pas significativement différente par rapport à la population témoin. [49]

Le principal motif d'hospitalisation est pour 50 % des cas une menace d'accouchement prématuré, et malgré le traitement mis en place, la moitié des jeunes filles accouchera prématurément.

La proportion de menace d'accouchement prématuré varie de 11 % à 42 % selon les séries. [33]

Nous n'avons observé que deux cas de toxémie gravidique. Le taux de toxémie gravidique est directement lié à l'âge avec un risque d'autant plus important que l'adolescente est plus jeune. À quatorze ans, le risque est deux fois plus élevé qu'à quinze ans. [33]

Bien que nos patientes soient très jeunes, cette pathologie n'est pas fréquente dans notre étude comme en Autriche pour des jeunes filles du même âge. [59]

Il faut signaler que trois jeunes filles ont été admises dans des situations de détresse psychologique : viol, tentative de suicide et demande d'IVG alors que le terme légal était dépassé.

6.2.4.6.2-Infections

On observe que 40 % des adolescentes ont présenté une infection vaginale ou urinaire au cours de leur grossesse. Ce chiffre apparaît élevé. En Guadeloupe où la proportion d'infections vaginales était égale à 35 %, cette donnée n'était pas liée à l'âge. [49]

À Saint Laurent, le taux de 16 % d'infections vaginales était significativement plus élevé que dans le reste de la population des femmes enceintes, ce qui n'était pas le cas pour les infections urinaires. [43]

À Lille, 10 % des adolescentes ont été traitées pour infection vaginale pendant la grossesse alors que le taux national était de 1 % à la même époque. [51]

6.2.4.6.3-Anémie

Une anémie avec un taux d'hémoglobine inférieur à 10 g/dl, a été mise en évidence dans 17,2 % des cas. En dehors des cas de paludisme, l'anémie est probablement d'origine carencielle. Ce taux est plus élevé qu'en France métropolitaine où l'anémie touche 10 % des grossesses quel que soit l'âge de la mère. [33] Dans la littérature, on note une proportion de 8,9 % d'anémie chez les adolescentes enceintes à Lille et de 2,34 % en Martinique. [47, 51]

6.2.5-L'accouchement

6.2.5.1-Terme

Un accouchement est prématuré lorsqu'il survient avant le terme de 37 semaines d'aménorrhée révolues. [62] Les jeunes mères de notre étude ont accouché prématurément dans 20 % des cas. En Guyane, le taux de prématurité est 13,5 %, il est plus élevé que le taux national de 5,9 % observé en 1995. [19, 22] Comme dans notre étude, toutes les séries montrent que les adolescentes accouchent prématurément dans des proportions supérieures à la population générale. [33, 43, 47, 50, 51, 57, 58]

En Guadeloupe et en Autriche, les taux d'accouchement prématuré chez les mineures atteignent des proportions importantes de 20,3 % et 24,4 %, mais ces taux ne sont pas différents des taux observés chez les adultes. [49, 59]

Nous avons mis en évidence que le terme de l'accouchement est directement lié à la qualité du suivi, ainsi 43,3 % des adolescentes qui ont accouché à terme ont eu plus de quatre consultations pendant la grossesse contre 13,6 % pour celles qui ont accouché prématurément. Ce constat n'est pas un fait nouveau, on sait que la qualité du suivi diminue les risques médicaux liés à la grossesse et pour certains auteurs, la grossesse à l'adolescence ne comporte pas plus de complications qu'une grossesse chez une adulte si elle est correctement surveillée. [38, 57]

6.2.5.2-Accouchement à domicile

Sur quatre-vingt-douze accouchements, cinq ont eu lieu à domicile soit 5,4 % des cas alors que pour l'ensemble de la Guyane, seulement 2 % des femmes accouchent à domicile. [19] En Seine St Denis, 3 % des accouchements de mineures ont eu lieu à domicile. [22]

Parmi ces cinq accouchements, on déplore un enfant mort né. Le décès de l'enfant est directement lié à l'absence de soins médicaux pendant l'accouchement. Ceci est conforme à l'idée que l'accouchement à domicile est lié à un taux élevé de mortalité périnatale. [19]

6.2.5.3-Mode d'accouchement

Nous avons observé un taux de césariennes de 14,1 % semblable à celui du département qui était de 15,7 % en 1997 et au taux national de 15,5 %. [19, 22] Des mesures d'extraction instrumentale ont été pratiquées dans 6,5 % des cas.

Nous devons signaler qu'aucune des jeunes filles ayant accouché par voie basse n'a bénéficié d'une anesthésie péridurale, car le CHGC ne dispose pas d'un nombre suffisant d'anesthésistes pour qu'une équipe soit attachée au bloc obstétrical. À Saint Laurent, les obstétriciens mettent l'accent sur l'intérêt d'utiliser largement l'anesthésie péridurale chez les adolescentes pour minimiser le traumatisme de l'accouchement. [43]

Contrairement à notre étude, la plupart des séries mettent en évidence un moindre recours à la césarienne, mais une utilisation plus fréquente des mesures d'extraction comme les forceps ou la ventouse. [22, 47, 48, 50, 51, 61] À Saint Laurent, seul le nombre d'extractions instrumentales est significativement plus important chez les adolescentes. [43] En Guadeloupe, le mode d'accouchement ne diffère pas en fonction de l'âge de la mère. [49]

6.2.5.4-Etat du périnée

Le périnée est intact dans seulement un quart des cas. En Martinique, plus d'une patiente sur deux a subi une épisiotomie et 9,42 % ont présenté des lésions périnéales graves : périnées complets, périnées compliqués. [47]

6.2.6-L'enfant

6.2.6.1-Taux de mortalité

Les adolescentes de moins de seize ans constituent un groupe à risque élevé quant au devenir immédiat de l'enfant. Ceci est en liaison avec un fort taux de prématurité. Nous avons observé un taux de mortalité périnatale égal au double de celui de Guyane qui était de 28 pour mille en 1995, alors que le taux national est de 7 pour mille. [6] De même le taux de mortinatalité est de 31 pour mille contre 18,1 pour mille pour l'ensemble du département. [19] Les décès néonataux précoces s'élèvent à 21 pour mille soit trois fois supérieur au taux départemental de 7,3 pour mille en 1997. [19]

L'étude faite à Saint Laurent retrouve également un chiffre élevé de mortalité périnatale de 66 pour mille. [43]

En Martinique, la mortalité périnatale incluant les décès d'enfants de moins de 1000 grammes s'élève à 99,5 pour mille. [47]

6.2.6.2-Sex-ratio

Le sex-ratio observé pour notre étude est de 0,8. Il ne correspond pas au sex-ratio de la population générale. [13]

6.2.6.3-Poids de l'enfant à la naissance

En Guyane, la proportion des enfants ayant un poids à la naissance de moins de 2500 grammes varie autour de 13 % entre 1992 et 1997. Dans notre étude, un enfant sur cinq a un poids inférieur à 2500 grammes. Ce résultat est conforme aux données de la littérature, comme à Saint Laurent où le pourcentage d'enfants de poids inférieur à 2500 grammes est égal à 18,6 %, sans différence significative avec les mères plus âgées et à Montpellier, les auteurs retrouvent un taux de 20 % de naissances de moins de 2800 grammes. [43, 61]

Nous avons étudié la part des hypotrophes parmi les enfants nés à terme qui est de 4,2 %.

6.2.6.4-Transferts en néonatalogie

Nous avons constaté près de 22 % de transfert en néonatalogie. Ce taux s'explique par la part importante de naissances prématurées. La prématurité est en effet, le motif de transfert le plus fréquent qu'il soit isolé ou associé à d'autres pathologies.

À Saint Laurent, le taux de transfert est légèrement supérieur à notre série soit 26,6 % et significativement supérieur au groupe témoin. [43]

Les taux sont différents d'une série à l'autre, ainsi le pourcentage de transfert est de 10 % à Lille, de 14 % à la Réunion et de 62,8 % au Congo. [48, 51, 58]

6.2.7-Le post-partum

6.2.7.1-Pathologies

La plupart des séries signalent que, pour les adolescentes, les suites de couches ont été sans particularité. [47, 51]

On ne déplore aucun décès maternel, ceci est également souligné à Montpellier et à Lille. [51, 61]

Nous avons observé deux crises d'éclampsie dans les suites immédiates de l'accouchement, soit 2,15 %, alors qu'aucune jeune fille en Guadeloupe et une seule sur 201 en Martinique en ont présenté. [47, 49]

6.2.7.2-Allaitement

Les adolescentes ont commencé l'allaitement maternel à la maternité dans 87,5 % des cas. En Seine St Denis, le pourcentage d'allaitement atteignait 65 %, identique à la moyenne nationale. [22] Nous observons donc un taux relativement élevé de mères qui allaitent.

6.2.7.3-Contexte social et psychologique

Un certain nombre d'adolescentes a fait l'objet d'une procédure de demande de soins d'urgence (11 cas). Cela met en évidence une certaine situation d'isolement de ces jeunes au moment de l'accouchement, alors que « la présence d'un membre de la famille (la mère surtout pour les plus jeunes) peut être cruciale à ce moment là ». [38]

Chaque mineure enceinte hospitalisée dans le service de gynécologie et d'obstétrique bénéficie d'un entretien social avec une assistante sociale et une psychologue attachée au service. L'entretien social a pour but d'évaluer les difficultés d'ordre financier (couverture sociale, allocations familiales, logement) et de signaler à l'assistante sociale de secteur dont dépend la jeune fille, sa situation afin de mettre en place un suivi à la sortie.

L'entretien psychologique soulève les problèmes relationnels entre la mère et son entourage familial, entre la mère et le conjoint et entre la mère et son enfant.

Nous n'avons pas pu établir de fréquence pour les variables d'ordre social et psychologique. Les données ont été recueillies depuis les notes de l'assistante sociale et de la psychologue, notes qu'elles retranscrivent parfois dans le dossier médical ou dans leurs dossiers personnels. L'entretien avec les jeunes filles ne comporte pas de questionnaire systématique et donc les renseignements obtenus diffèrent d'un cas à l'autre. Comme la psychologue n'est pas remplacée en cas d'absence, certaines jeunes filles n'ont pas bénéficié de l'entretien psychologique.

Néanmoins quinze jeunes filles ont affirmé que cette grossesse n'était pas désirée. À la Réunion, 73 % des adolescentes et 100 % au Gabon n'avaient pas désiré cette grossesse. [48, 58] Ceci peut nous laisser penser que nos chiffres sont sous estimés par une évaluation limitée.

À la suite de cette grossesse, six adolescentes ont été rejetées par leur famille. Lorsque la jeune fille ne vit pas en couple, la grossesse a été bien acceptée par l'entourage dans trente et un cas.

À Saint Laurent, dans la majorité des cas, le nouveau né et la jeune mère ont été pris en charge par un membre de la famille. [43]

VII- CONCLUSION

Chaque semaine, une jeune fille de moins de 16 ans accouche au CHGC. En Guyane, la proportion de naissances pour cette classe d'âge est 15 fois plus importante qu'en France métropolitaine.

Après analyse des résultats de notre étude, il apparaît que les adolescentes de moins de seize ans qui accouchent au CHGC sont d'origine créole dans un quart des cas, d'origine Noir Marron pour un autre quart, le plus souvent elles habitent en zone urbaine. Elles ont atteint un niveau scolaire conforme à leur âge, mais compte tenu des taux d'échec scolaire et de l'importance du chômage chez les jeunes femmes du département, leur avenir professionnel risque d'être incertain.

Les 3/4 des jeunes filles sont célibataires et les unions libres sont majoritairement observées chez les amérindiennes. Le père de l'enfant, souvent inactif, a en moyenne 21,3 ans. Les jeunes mères ont fait suivre majoritairement leur grossesse dans les services de PMI ou dans les centres de santé.

Les jeunes mères de notre étude ont présenté pendant leur grossesse des complications semblables à celles que l'on retrouve dans la littérature : hospitalisations nombreuses (37 %), infections vaginales et urinaires fréquentes. Conformément aux autres séries, L'accouchement est prématuré dans un cas sur cinq, surtout si la grossesse a été mal suivie. Le nouveau-né a été transféré dans le service de néonatalogie dans 20 % des cas, souvent pour prématurité. À la différence des autres études, nous avons observé une proportion élevée d'anémie et un nombre important d'accouchement à domicile. Ces grossesses sont liées à un risque de mortalité périnatale élevée.

Il existe un nombre incompressible de maternités à l'adolescence du fait même de la spécificité de l'adolescence, des habitudes culturelles de certaines populations et d'une présence importante de jeunes dans la population guyanaise. Nous devons en tenir compte pour améliorer les actions de prévention.

En général, les jeunes sont mal informés en matière de sexualité et de contraception (moyens et possibilités d'accessibilité). [25] Comme les adolescents sont relativement plus précoces en matière de sexualité en Guyane qu'en Métropole, les actions d'information sur la biologie de la reproduction et sur la contraception devront atteindre les adolescents suffisamment tôt. La période qui nous semble la plus adaptée pour débiter est l'entrée au collège.

Parce qu'ils sont les interlocuteurs privilégiés des adolescents, les parents doivent recevoir également une information pour les sensibiliser à la nécessité de dialoguer avec leurs enfants sur ce sujet.

L'information doit s'adresser aussi bien aux filles qu'aux garçons afin que ces derniers prennent conscience de leur responsabilité dans la survenue d'une grossesse chez leur partenaire, même en cas de relation occasionnelle.

À l'occasion de ces enseignements, il est nécessaire d'engager la discussion sur le respect de soi-même et de l'autre, pour faire comprendre aux adolescents que leurs corps leur appartient et qu'ils ont le devoir de le protéger.

L'information ne suffit pas. Il faut par ailleurs permettre une meilleure accessibilité à la contraception, pour éviter les grossesses non désirées et pour éviter les récives fréquentes de grossesse. [33]

Nous avons pu observer l'importante fréquentation des mineures dans les centres de santé et de PMI, ce qui nous laisse à penser que ce sont des lieux privilégiés pour la délivrance des moyens de contraception.

Néanmoins pour les jeunes filles qui hésiteraient à s'y rendre de peur d'y croiser une connaissance, du fait de la faible population en Guyane, les consultations de médecine générale ou de gynécologie restent toujours disponibles pour ces adolescentes.

Par ailleurs un camion itinérant a été mis en service pendant une période d'essai par la PMI de Cayenne pour développer la prévention de proximité. Le camion a stationné aux abords des collèges et lycées pour une campagne d'information sur le VIH. On peut souhaiter que ce genre d'action se reproduise.

La délivrance de la contraception d'urgence sans ordonnance par les pharmacies permet aux adolescentes d'y recourir facilement. On peut se demander si la délivrance en officine est véritablement accompagnée, comme lors d'une consultation médicale, d'une information sur le caractère exceptionnel de cette mesure et sur la nécessité d'adopter par la suite une contraception régulière.

Dans notre étude, nous avons observé un certain nombre de grossesses non désirées. Durant la même période d'étude, d'autres jeunes filles ont subi une IVG ou une ITG ou ont eu recours à des mesures abortives non médicales pour interrompre leur grossesse. Les taux d'IVG observés en Guyane sont inférieurs aux taux nationaux et aux taux des autres DFA. [53] Il nous semble nécessaire d'améliorer l'accessibilité à l'IVG afin de diminuer le nombre de grossesses non désirées et d'éviter l'emploi de mesures abortives parfois dangereuses.

Pendant notre période d'étude, deux jeunes filles ont subi une ITG. Pour l'une d'elles, la grossesse faisait suite à un cas d'inceste. On peut se demander pourquoi la plus jeune mère de notre série, enceinte à la suite

d'un viol, a poursuivi sa grossesse jusqu'à terme. Ayant été hospitalisée au terme de 18 SA, on peut supposer qu'il s'agit d'un refus parental à l'interruption thérapeutique de grossesse. En effet, dans des circonstances où la grossesse met en jeu le pronostic « psychologique » de la mère, l'équipe médicale accepte de faire une ITG. [63] Le caractère traumatisant de cette grossesse n'avait pas à être démontré, l'évolution a d'ailleurs été marquée par un refus d'examen gynécologique et par une césarienne pour « vaginisme suite à un choc psychologique ». Une étude en métropole montre également une grossesse poursuivie après un viol chez une mineure. [22]

Malgré les campagnes d'information et les moyens de contraception mis à la disposition des adolescents, la fréquence des grossesses précoces reste élevée. Il ne faut donc pas toujours considérer la grossesse chez l'adolescente comme un accident, car il peut s'agir d'un véritable projet. [60] Aussi il ne faudra pas se limiter à des actions de prévention primaire.

Lorsque l'adolescente décide de mener sa grossesse à terme, il est nécessaire qu'elle bénéficie d'un suivi médical, social et psychologique suffisant tout au long de sa grossesse, mais également après la naissance de l'enfant. L'ensemble des différents intervenants (gynécologues obstétriciens, sages-femmes, assistantes sociales, psychologues) nous semble en Guyane en nombre insuffisant. Néanmoins, il ne faut pas vouloir uniquement se limiter à accroître l'effectif des professionnels. Il est nécessaire que les personnes en contact avec les adolescents reçoivent une formation concernant l'adolescence et les problèmes spécifiques des adolescentes enceintes et jeunes mères.

Afin de coordonner les actions des différents partenaires qui jouent un rôle dans le suivi des femmes enceintes les services de PMI en Guyane travaillent actuellement à la mise en place d'un réseau de soins périnataux. Cette prise en charge pluridisciplinaire doit prendre place pendant et après la grossesse car aujourd'hui, l'accompagnement de la jeune mère ou des jeunes parents apparaît comme une nécessité. [64]

Cet accompagnement doit commencer dès l'hospitalisation, dans les services de maternité, après l'accouchement. La durée de l'hospitalisation doit être suffisamment longue pour que le personnel médical, l'assistante sociale ou la psychologue puissent évaluer les besoins de chaque famille et mettre les jeunes parents en confiance.

Par ailleurs, pour que les jeunes filles qui ne parlent pas le français ou le créole (étrangères, Amérindiennes et Noirs Marrons) puissent dialoguer avec le personnel, la présence en continue d'un médiateur culturel ou au moins d'un interprète serait nécessaire.

À la sortie de la maternité, la plupart des adolescentes élèvent leur enfant au sein de leur famille, parfois seules ou conjointement avec le père de l'enfant. [43, 52] C'est avec un regard positif que doit se faire l'accompagnement des jeunes parents et de la famille proche en veillant à ce que le rôle de chaque membre de la famille autour de l'enfant soit respecté. [38]

Dans le cas où les jeunes filles sont rejetées par leur famille, il n'existe pas en Guyane de maison maternelle. Une association de jeunes femmes ayant été mères précocement, créée récemment, propose un soutien aux futures mères et envisage de créer un lieu d'accueil pour les adolescentes en situation d'isolement. La question de mettre en place un centre d'accueil pour les jeunes mères isolées a été évoquée aux Antilles, mais cette option d'accompagnement ne semble pas correspondre à la société caribéenne que nous rapprochons de la société guyanaise, et il vaut mieux privilégier la prise en charge des jeunes au sein de familles d'accueil. [20]

Enfin, tant que demeureront les problèmes sociaux économiques que connaît la Guyane aujourd'hui, les grossesses précoces resteront une réponse aux adolescentes qui n'ont pas de projet personnel d'avenir. Ces naissances donnent aux adolescentes un sens à leur vie et leur apportent un soutien financier non négligeable. Nous devons alors nous efforcer de soutenir dans un esprit de réussite ces jeunes femmes et ces jeunes couples dès le début de la grossesse et plusieurs années après la naissance de l'enfant. [60]

VIII- BIBLIOGRAPHIE

- [1] : OMS : La santé à tous les stades de l'existence, in *Rapport sur la santé dans le monde*. OMS. Genève. 1998, 67-121.
- [2] : Battin M.P. : A better way of approaching adolescent pregnancy. *Soc. Sci. Med.* 1995, 41, 9, 1203-1205.
- [3] : Goldenberg R.L., Klerman L.V. : Adolescent pregnancy-Another look. *N. Engl. J. Med.* 1995, 332 , 1161-1162.
- [4] : Breart G., Blondel B., Rabarison Y. : La grossesse chez les femmes de moins de 20 ans. Aspects épidémiologiques. 13^e journées de médecine périnatale. Fort de France, Martinique.1983, 187-197.
- [5] : Chenet L. : La fécondité des adolescentes dans l'union européenne. *Entre nous*. 1996, 32, p10.
- [6] : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS) : Autour de la grossesse, La santé observée dans les régions de France. Synthèse nationale des tableaux de bord régionaux sur la santé. F.N.O.R.S.1997, chap 3,10p.
- [7] : Roy P. : Une campagne à la télévision sans carré blanc. *Le quotidien du médecin*. 2000, 6621, p24.
- [8] : Bulletin officiel de l'Education Nationale, de la Recherche et de la Technologie. 2000, HS n°1.
- [9] : Mouren-Lascaux P. : *La Guyane*. Ed Karthala. 1990, 146p.
- [10] : Zonzon J., Prost G. : *Géographie de la Guyane*. 1997, 252p.
- [11] : Zonzon J., Prost G. : *Histoire de la Guyane*. 1996, 143p.
- [12] : INSEE : Populations légales, Recensement de la population 973 Guyane. INSEE. 1999, 4p.
- [13] : INSEE : La démographie des Antilles et de la Guyane entre 1982 et 1997. INSEE. 1998, 33p
- [14] : Région sanitaire Antilles Guyane : Statistiques santé affaires sociales. Mémento 98.

- [15] : INSEE : Tableaux économiques régionaux Guyane. INSEE. 1997, 154p.
- [16] : INSEE : Emploi, in *Tableaux de l'économie française*. INSEE. 1999, 71-85.
- [17] : Institut d'Emission des Départements d'Outre-Mer (IEDOM) : L'évolution économique, in *La Guyane en 1997*. IEDOM. 1998, 13-90.
- [18] : Observatoire Régional de la Santé en Guyane (O.R.S.G.) : Inégalités de Santé Infra Régionales. *Bulletin santé*. O.R.S.G. 1998, 2, 2-8.
- [19] : Cardoso T. : Evolution de la mortalité périnatale en Guyane. Étude des facteurs de risques. PMI, Conseil général de la Guyane. 1998, 44p. *À paraître*.
- [20] : Geadah R.R. : Aspects anthropologico-historiques de la grossesse chez la jeune fille. 13^e journées de médecine périnatale. Fort de France, Martinique.1983, 213-226.
- [21] : Blöss T., Frickey A. : L'invention du statut d'enfance et du métier de mère, in *La femme dans la société française, Que sais-je ?*. Presses universitaires de France, p 10-17.
- [22] : Uzan M. : La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Rapport au Directeur Général de la santé.1998. 65p.
- [23] : Verdon J. : *La femme au Moyen Âge*. 1999. Ed Gisserot.125 p.
- [24] : Geadah R.R. : Aspects anthropologico-historiques de la grossesse chez la jeune fille. 13^e journées de médecine périnatale. Fort de France, Martinique.1983, 213-226.
- [25] : Deschamps J.P., Locuty-Michel J. :Aspects psycho-sociaux actuels de la contraception dans l'adolescence. *Méd. et Hyg.* 1983, 41, 1193-1200.
- [26] : Maternités adolescentes. Centre national d'information et de documentation des femmes et des familles. Avril 1990. 370 p.
- [27] : Lagrange H., Lhomond B. et coll. : Les comportements sexuels des jeunes de 15 à 18 ans. Agence nationale de recherche sur le SIDA, ANRS Information. 1996, 17 :14-27.

- [28] : Braverman P.K., Strasburger V.C. : Contraception. *Clin Pediatr.* 1993, 32, 12, 725-734.
- [29] : Kamtchouing P., Takougang I., Ngoh N., Yakam I. : La sexualité des adolescents en milieu scolaire à Yaoundé (Cameroun). *Contracept. Fertil. Sex.* 1997, 25, 10, 798-801.
- [30] : Giraud M., Giloire A., Halfen S., de Colomby P. : Population sexuellement active et âge au premier rapport. Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane. Rapport intermédiaire. 1994, 40-41
- [31] : Observatoire Régional de la Santé en Guyane (ORSG) : Les adolescents et la santé. *Bulletin santé. O.R.S.G.* 1997, 2, 4-10.
- [32] : Nisand I. : L'interruption volontaire de grossesse en France. Rapport. 1999, 70 p.
- [33] : Janky E., Gallais A., Landre M. : Généralités sur la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente. *Encycl. Méd. Chir gyn/obst*, 5-016-D-10, 1996, 6p.
- [34] : Observatoire Régional de la Santé en Guyane (ORSG) : Les actes du Colloque : Les jeunes et la santé 1997. 1999, 288 p.
- [35] : Stevens-Simon C., Reichert S. : Sexual abuse, adolescent pregnancy, and child abuse. *Arch. Pediatr. Adolesc. med.* 1994, 148, 1, 23-27.
- [36] : Jeanneret O., Sand E.A., Deschamps J.P., Manciaux M. : Adolescentes enceintes, adolescents jeunes parents, in *Les adolescents et leur santé*. Presses de l'Université de Montréal, Flammarion médecine sciences. 1983, 264-272.
- [37] : Rey C. : L'adolescent et la loi en matière de santé et de sexualité. *Arch. Fr. Pédiatr.* 1992, 49, 861-863.
- [38] : Deschamps J.P., Alvin P. : La grossesse, la maternité et la paternité, in *La santé des adolescents : approches, soins, prévention*. Payot Lausanne, Presses de l'Université de Montréal, Doin. Paris, 1997, 302-313.
- [39] : INSEE : Femmes de Guyane. INSEE. 1995, 72 p.

- [40] : INED : Populations migrations et emploi dans les départements d'outre-mer. *Population et sociétés*. 1997, 329, 13-15.
- [41] : Bertrand Y. : Familles en Guyane : éléments d'analyse. *Familles en Guyane*. Ed Caribéennes.1993, 12-21.
- [42] : INSEE : Parents uniques, difficultés accrues. *Antiane éco*. 1997, 35, 26-29.
- [43] : Carles G., Jacquelin X., Raynal P., Bersch M., Zoccarato A.-M. : Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 16 ans. Étude de 150 cas en Guyane française. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod.* 1998, 27, 508-513.
- [44] : Hurault J. : Les Indiens Wayana de la Guyane française. Ed de L'ORSTOM. 1985, 150p.
- [45] : Marceaux M : *Hmong de Guyane*. Ed Ibis Rouge.1996,123p.
- [46] : O.M.S. Classification Internationale des Maladies. 9è révision. O.M.S. Genève.1977.
- [47] : Ravoteur G. : La grossesse chez l'adolescente à la Martinique. 13^e journées de médecine périnatale. Fort de France, Martinique.1983, 205-212.
- [48] : Combes J.C., Reynaud B. : Adolescence et maternité à la Réunion. *Rev. de Ped.* 1988, 6, 261-264.
- [49] : Gallais A., Robillard P.Y., Nuissier E., Cuirassier T., Janky E. : Adolescence et maternité en Guadeloupe. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod.* 1996, 25, 523-527.
- [50] : Boisselier P., Hajali B., Boyer F., Talbot A., Tison E., Chouraqui A., Barrat J. : La grossesse chez l'adolescente. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod.* 1985, 14, 607-611.
- [51] : Vinatier D., Monnier J.C., Muller P., Delecour M., Crepin G. : La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente. À propos de 112 observations. *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.* 1984, 79, 549-554.
- [52] : Sankale-Suzanon J. : La grossesse chez les adolescentes. *Familles en Guyane*. Ed Caribéennes, 1993,71-81.

- [53] : INSEE : Le recours fréquent à l'IVG.. *Antiane éco.* 1997, 35, 22-25.
- [54] : Leroy-Billiard M., Chatane A., Puech F. : La grossesse chez la très jeune fille. *NPN Méd.* 1991, 11 (suppl 178), 14-15.
- [55] : Martin-Blachais M.P. : Problèmes posés par l'enfant né de mère adolescente. *Rev. de Ped.* 1990, 9, 299-305.
- [56] : Aubry C., Schweitzer M., Deschamps J.P. : Désir d'enfant et grossesse dans l'adolescence. *Arch. Fr. Pédiatr.* 1988, 45, 845-849.
- [57] : Mounanga M., Mouely G., Zinzou R.D. : La grossesse et l'accouchement de l'adolescente gabonaise. *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.* 1985, 80, 293-298.
- [58] : Mayanda H.F., Malonga H., Djouob S., Nzingoula S., Senga P., Enkoudzola J.R., Loukaka J.C. : Nouveau-nés de mères adolescentes au Congo. *Rev. de Ped.* 1990, 9, 307-314.
- [59] : Plöckinger B., Ulm M.R., Chalubinski K., Schaller A. : Wenn kinder « Kinder kriegen » - Reproduktionsbiologische Probleme bei Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren. *Gebursh. u. frauenheilk.* 1996, 56, 248-251.
- [60] : Deschamps J.P. : La grossesse dans l'adolescence : une stratégie d'adaptation? 5^{ème} journée parisienne Obstétrico-Pédiatrique. 1997, 70-72.
- [61] : Laffargue F., Bachelard B. : La grossesse chez les adolescentes. *Rev. Int. de Péd.* 1988, 178, 51-54.
- [62] : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. : *Guide de surveillance de la grossesse.* 1996, 176p.
- [63] : Soutoul J.H., Body G., Pierre F. : L'interruption dite thérapeutique de grossesse. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod.* 1990, 19, 667-685.
- [64] : Deschamps J.P. : Guidance de la jeune mère adolescente. 13^e journées de médecine périnatale. Fort de France, Martinique. 1983, 227-237.

IX- TABLES DES ILLUSTRATIONS

9.1- Les tableaux

Tableau n° 1:	Évolution de la part des grossesses chez les mineures en Guyane depuis 1989	26
Tableau n° 2:	Comparaison des taux de mortalité en Guyane, Guadeloupe, Martinique et Métropole	34
Tableau n° 3:	Répartition en fonction de l'âge	50
Tableau n° 4:	Répartition en fonction de l'origine socioculturelle	51
Tableau n° 5:	Répartition selon le niveau scolaire	51
Tableau n° 6:	Répartition selon la situation familiale	52
Tableau n° 7:	Répartition selon la situation professionnelle	53
Tableau n° 8:	Répartition selon le mode de surveillance de la grossesse	54
Tableau n° 9:	Répartition selon les dates des dernières règles	54
Tableau n° 10:	Répartition selon le nombre de consultations	55
Tableau n° 11:	Répartition selon le nombre d'échographies	55
Tableau n° 12:	Motif d'hospitalisation	56
Tableau n° 13:	Répartition en fonction du taux d'hémoglobine	57
Tableau n° 14:	Répartition selon le terme de l'accouchement	57
Tableau n° 15:	Terme de l'accouchement et nombre de consultations pendant la grossesse	58
Tableau n° 16:	Répartition selon le mode d'accouchement	58
Tableau n° 17:	Répartition en fonction de l'état du périnée	59
Tableau n° 18:	Répartition en fonction du poids de naissance des enfants nés vivants	60

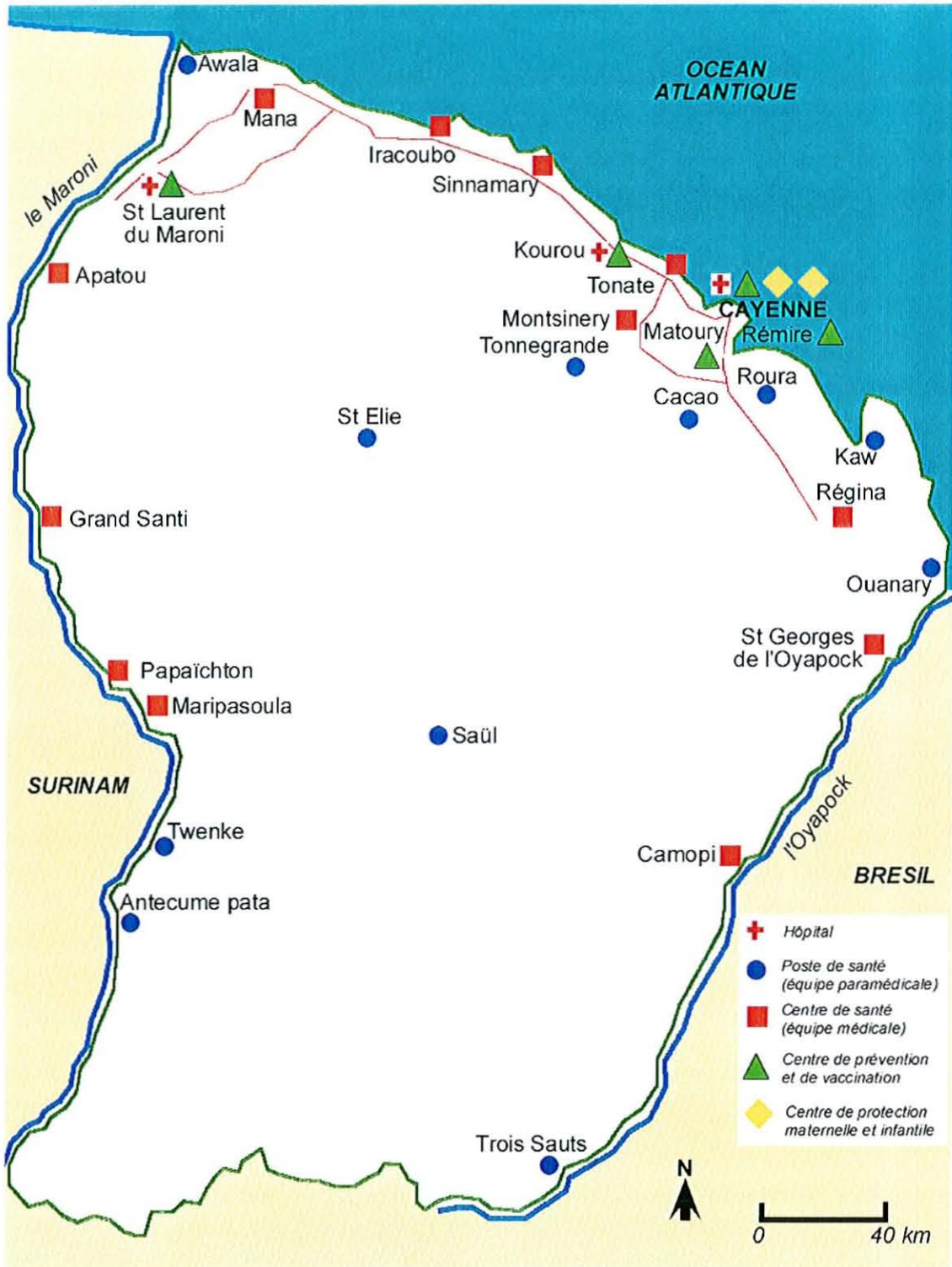
Tableau n° 19:	Poids en fonction du terme	60
Tableau n° 20:	Motif de transfert en néonatalogie et durée d'hospitalisation	61
Tableau n° 21:	Proportion de données non renseignées en 1996 et 1997	66
Tableau n° 22:	Proportion de naissances selon l'origine socioculturelle de la mère en Guyane et dans notre étude.	69

X- ANNEXES

Annexe n° 1

Structures sanitaires en Guyane

STRUCTURES SANITAIRES EN GUYANE



Annexe n° 2

Le registre d'issue de grossesse.

Présentation du registre d'issue de grossesse.

En Guyane, depuis les années 80, la périnatalité a été définie comme un problème de santé publique prioritaire.

À la suite d'une enquête cas témoin sur la mortalité périnatale menée conjointement entre l'ORSG, la PMI et l'INSERM, il a été proposé dès 1984, de créer un registre d'issue de grossesse et d'utiliser en cas de décès périnatal, la fiche d'analyse de cause de décès périnatal recommandée par l'OMS.

Les registres ont été installés dans toutes les maternités publiques et privées du département ainsi que dans les centres de santé.

Selon les recommandations de L'OMS, toutes les naissances de plus de 500 grammes ou de plus de 22 SA ou de plus de 25 centimètres de hauteur vertex-talon sont enregistrées.

Le questionnaire contient une vingtaine de variables et se présente comme ci-contre. Les informations concernent la description de la mère, de l'accouchement et de l'enfant à la naissance.

Pour remplir la variable nationalité on dispose d'un choix de quinze items qui associent la nationalité et l'origine socioculturelle qui ont obtenu l'aval de la Commission Nationale Informatique et Liberté. (exemple :Noire Marron française, Noire Marron surinamaïse, etc...)

Praticien Sage - femme	Nom Prénom	Adresse	Date Heure N° Acc	Age	Gro. sang mère	Parité	Mode surv.	Terme T.	Prés.	Mode de déliv.	Sexe	Poids Tail. PC PT	apgar 1mn	Gro. Sang enfa.	Trans - fert mode Tps de vie	Malforma - tion	Observations
				Nation.		Gestité		Terme E.					ap.5mn				
												Poids Tail. PC PT					
												Poids Tail. PC PT					
												Poids Tail. PC PT					

Annexe n° 3

**Convention entre le Département de la Guyane
et le Centre Hospitalier de Cayenne au titre de
la Protection Maternelle et Infantile.
(DEPISTAGE ET SURVEILLANCE DES
GROSSESSES À RISQUES)**

C O N V E N T I O N

Au titre de la Protection Maternelle et Infantile
DEPISTAGE ET SURVEILLANCE DES GROSSESSES A RISQUES

ENTRE,

Le Département de la Guyane, représenté par Monsieur
Elie CASTOR, Président du Conseil Général de la Guyane,

ET,

Le Centre Hospitalier de Cayenne, représenté par son
Directeur, Monsieur Henri SCHREIBER.

Vu la loi du 12 Juillet 1978 (Article 4-10°) du Code de
la Sécurité Sociale ;

Vu la loi de décentralisation n° 836-653 du 22 Juillet
1983 et notamment son article 37 ;

Vu la délibération du Conseil Général n° 16-91/CG en
date du 8 Mars 1991 ;

Vu la délibération du Conseil d'Administration en date
du 15 Novembre 1991 habilitant le Directeur ;

IL EST DECIDE :

Article 1er :

La présente convention a pour objet la création d'un
Centre de grossesses à risques au sein du Centre Hospitalier de
Cayenne.

La convention passée le 23 Juillet 1974 entre le
Département de la Guyane, d'une part, et le Centre Hospitalier
de Cayenne est abrogée.

Article 2 :

La Loi du 12 Juillet 1978 (article 4.10) permettant notamment la prise en charge intégrale par les Organismes de Sécurité Sociale des frais occasionnés par les soins donnés aux femmes enceintes assurées sociales et les examens para-cliniques, nécessités par toute anomalie d'évolution de la grossesse, le Centre Hospitalier de Cayenne s'engage à voir les personnes que lui adresserait le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile.

Le Département s'engage à prendre en charge les dépenses non couvertes par l'assurance maladie (ticket modérateur et non assurés sociaux).

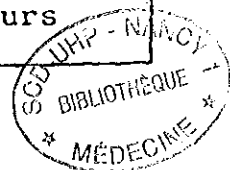
Article 3 :

Lorsque les prestations auront lieu dans l'enceinte du Centre Hospitalier de Cayenne, leur règlement se fera à l'acte, sur présentation d'un mémoire récapitulatif mensuel adressé à la DASS-GUY ; leurs tarifs étant calculés conformément à la Nomenclature des Actes professionnels en vigueur. Les bilans biologiques seront réalisés au Laboratoire départemental pour les personnes non assurées sociales. Les personnes assurées sociales conservent le libre choix de leur laboratoire.

Article 4 :

Dans le but de donner aux grossesses à risques le maximum de surveillance, le Centre Hospitalier de Cayenne s'engage à organiser des tournées de médecins qualifiés en gynécologie-obstétrique à un rythme défini ci-dessous.

SECTEURS	TOURNEES	NBRE DE JOURS
SAINT-GEORGES	6 tournées par an	6 jours
CAMOPI	1 tournée par an	1 jour
TROIS-SAUTS	1 tournée par an	1 jour
MARIFASOJLA PAPAICHTON	6 tournées par an	18 jours
TOUANKE ANTEKUME	3 tournées par an	6 jours



Article 5 :

Ces tournées font l'objet d'une synthèse avec le personnel du Centre de Santé à chaque passage de médecin.

Article 6 :

Pour ces tournées, le Département de la Guyane s'engage à rembourser au Centre Hospitalier de Cayenne :

- les frais de mission,
- les journées de travail du personnel pendant ces tournées (salaires + charges patronales),
- les frais d'assurance du personnel lors de ces déplacements.

Le Département prend en charge directement les dépenses relatives aux transports du personnel appelé à se déplacer dans les communes ci-dessus énumérées.

Article 7 :

Le Département de la Guyane met à la disposition du Centre Hospitalier de Cayenne :

- du personnel : 1 sage-femme à 3/4 temps
1 secrétaire à mi-temps
- du matériel : 1 cardiocographe
1 échographe portatif

Article 8 :

Ces appareils demeurent la propriété du Département de la Guyane. La maintenance et les frais de fonctionnement (réparation, consommation, ...) sont entièrement à la charge du Centre Hospitalier de Cayenne. Leur utilisation pour des consultantes, assurées sociales ou non, relevant de la Protection Maternelle et Infantile n'est pas facturée au Département de la Guyane.

Article 9 :

Le paiement des sommes dues en vertu des précédents articles sera effectué à la fin de chaque mois sur la base du salaire réel des personnes ayant effectué le déplacement sur production d'un mémoire, adressé à la Direction des Actions Sanitaires et Sociales de la Guyane.

Article 10 :

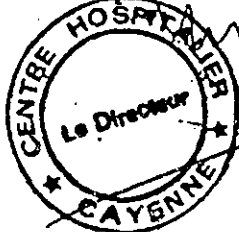
La présente convention est faite pour une durée d'un an à compter du 1er Janvier 1991, renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation par une des parties contractantes trois (3) mois avant la fin de chaque période, dénonciation ne donnant pas lieu à indemnité.

Fait à Cayenne, le

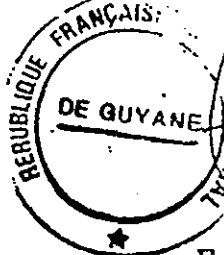
20 DEC. 1991

Le Président du Conseil
Général de la Guyane.

Le Directeur du Centre
Hospitalier de Cayenne,



H. SCHREIBER



E. CASTOR

PRÉFECTURE DE LA GUYANE
BUREAU DU COURRIER

30 DEC. 1991

ARRIVÉE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

La Guyane est un département français d'outre-mer situé en Amérique du sud où se côtoient de nombreux groupes humains.

Dans ce département caractérisé par une croissance démographique très forte, 9 % des mères sont mineures.

Après avoir étudié 92 dossiers d'adolescentes de moins de seize ans qui ont accouché au Centre Hospitalier Général de Cayenne entre 1996 et 1997, nous comparerons nos résultats à ceux de la littérature.

Par rapport à la population générale ces jeunes femmes présentent un risque accru d'infections vaginales et urinaires, d'hospitalisation pendant la grossesse, d'anémie et d'accouchement prématuré. Ces grossesses sont liées à un fort taux de mortalité périnatale.

Enfin, nous proposerons des mesures de prévention adaptées à ce département.

TITRE EN ANGLAIS :

Pregnancy and delivery among adolescents under 16 in French Guyana

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2000

MOTS CLEFS : GROSSESSE
ADOLESCENTE
ACCOUCHEMENT
GUYANE FRANCAISE

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY