

La grossesse à l'adolescence



Le présent document de principes vise à :

- fournir aux professionnels de la santé de l'information au sujet du diagnostic de grossesse chez les adolescentes;
- analyser les principaux aspects du counseling sur les options offertes à l'adolescente enceinte;
- présenter une démarche de soins auprès des adolescentes qui choisissent de poursuivre leur grossesse (qu'elles veuillent ou non garder leur enfant) et de celles qui choisissent d'interrompre leur grossesse.

INTRODUCTION

Les grossesses chez les adolescentes canadiennes diminuent depuis les dernières décennies. En 2003, on a recensé 33 553 grossesses chez des femmes de moins de 20 ans (y compris les naissances vivantes et les pertes fœtales [tirées d'une base de données des mortinatalités, des fausses-couches et des avortements déclarés en milieu hospitalier]). Ce chiffre représente un taux global de 27,1 grossesses pour 1 000 adolescentes, taux qui diminue depuis 1994, alors qu'il s'établissait à 48,8 grossesses pour 1 000 adolescentes. Le taux de grossesses est plus élevé chez les 18 et 19 ans (tableau 1), qui sont nombreuses à avoir planifié leur grossesse. Chez les 15 à 17 ans, le taux est considérablement plus faible mais inclut probablement une plus forte proportion de grossesses non planifiées (1). Les grossesses d'adolescentes de moins de 15 ans représentent une petite proportion de l'ensemble des grossesses au sein de la population adolescente.

Le taux de grossesse chez les adolescentes et l'issue de ces grossesses varient énormément selon les provinces et les régions. Dans l'ensemble, un peu plus de 50 % des grossesses d'adolescentes se terminent par une interruption volontaire de grossesse, ce qui inclut les avortements effectués en milieu hospitalier ou en clinique au Canada, ainsi que dans des États américains sélectionnés (1).

LE DIAGNOSTIC

Il est essentiel de dépister rapidement la grossesse afin d'offrir à l'adolescente le plus d'options possible et d'entreprendre les soins prénatals chez les jeunes femmes qui choisissent de poursuivre leur grossesse. Des soins prénatals insuffisants sont la principale cause du taux de complications plus élevé chez les 15 à 19 ans (2).

Cependant, il est souvent difficile de dépister rapidement la grossesse, car de nombreuses adolescentes refusent d'admettre la possibilité qu'elles soient enceintes, même vis-à-vis d'elles-mêmes. De plus, en raison d'une situation sociale complexe, il peut être difficile pour l'adolescente d'aborder ouvertement cette possibilité. Les irrégularités menstruelles, normales au début de l'adolescence, peuvent également masquer une grossesse. C'est pourquoi les adolescentes qui présentent de telles irrégularités menstruelles, accompagnées de nausées, de vomissements, de fatigue ou de douleurs abdominales (qui peuvent être indicatrices d'une grossesse ectopique), devraient être interrogées quant à la possibilité d'une grossesse et subir un dépistage en conséquence.

Des examens de laboratoire peuvent permettre de déceler une grossesse avant l'examen physique. Des dosages radio-immunologiques sensibles peuvent déceler la gonadotropine chorionique humaine (hCG) dans le sérum dès le sixième jour suivant la conception. Les analyses d'urine utilisées à la maison et en cabinet ou en clinique font appel aux anticorps monoclonaux pour déceler la hCG et peuvent révéler des résultats positifs dès 10 à 14 jours après l'ovulation. Cependant, ces analyses peuvent aussi échouer à déceler la grossesse jusqu'à une semaine après la date prévue des menstruations (3). Par ailleurs, il existe un risque de résultats faux négatifs avec les tests urinaires de grossesse. Si la présomption de grossesse demeure, une hCG sérique devrait être demandée. Un examen pelvien bimanuel peut être effectué pour tenter d'établir l'âge gestationnel. Il peut être possible de palper l'utérus au-dessus de l'os pubien aux alentours de neuf à 12 semaines de gestation. L'échographie peut également être utile pour confirmer l'âge gestationnel, surtout si la jeune fille n'est pas certaine de la date de ses dernières menstruations ou en cas de présomption de grossesse ectopique.

Tableau 1
Les taux de grossesse chez les adolescentes canadiennes, 2003

Groupe d'âge	Taux de grossesse
Moins de 20 ans	27,1 pour 1 000
18 et 19 ans	54,1 pour 1 000
15 à 17 ans	16,8 pour 1 000
Moins de 15 ans	2,0 pour 1 000

Données tirées de la référence 1

Correspondance : Société canadienne de pédiatrie, 2305, boulevard St Laurent, Ottawa (Ontario) K1G 4J8, téléphone : 613-526-9397, télécopieur : 613-526-3332, Internet : www.cps.ca, www.soinsdenosenfants.cps.ca

LA PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENTE ENCEINTE

Pendant l'anamnèse de l'adolescente enceinte, le professionnel de la santé doit :

- s'informer des effets physiques et affectifs de la grossesse;
- vérifier si elle est au courant des options qui s'offrent à elle et s'informer de ses sentiments à l'égard de ces options;
- examiner les enjeux d'ordre familial, culturel ou communautaire susceptibles d'influer sur sa situation;
- si la situation le justifie, discuter de l'avis de son partenaire au sujet de ces options et de son rôle à lui dans le processus de décision;
- vérifier l'étendue de son réseau de soutien (par exemple, à qui a-t-elle parlé de sa grossesse? Comment ces personnes ont-elles réagi? Qui peut la soutenir pendant son processus de décision?);
- examiner tout problème de santé sous-jacent et toute possibilité de complications;
- vérifier si elle abuse de substances intoxicantes et si elle adopte d'autres comportements à haut risque;
- vérifier où elle habite, si elle va à l'école, de même que ses objectifs personnels et scolaires.

Le professionnel de la santé qui est incapable d'offrir du counseling à une adolescente enceinte au sujet des options qui s'offrent à elle et qui n'est pas en mesure de la suivre est tenu de l'aiguiller (elle et son partenaire, s'il est présent) vers des professionnels et des ressources convenables. Il est essentiel de fournir de l'information au sujet des services offerts dans la collectivité et, au besoin, à l'extérieur de la région.

Les options

Le temps représente un facteur important puisque certaines options ne sont plus envisageables après le premier trimestre de grossesse, mais il ne faut pas contraindre l'adolescente à prendre une décision hâtive. Il faut tenir compte de toute confusion qu'elle peut ressentir, de ses hésitations et de la pression exercée par son entourage. Rares sont les adolescentes qui choisissent de confier leur bébé en adoption; parmi celles qui prennent cette décision, bon nombre changent d'idée à la naissance de leur bébé. Pour s'assurer qu'elle accepte bien sa décision, la mère adolescente qui décide de confier son bébé à quelqu'un d'autre doit se voir offrir la possibilité d'avoir d'abord un contact avec lui.

Les professionnels de la santé doivent également se rappeler que l'adolescente enceinte désire faire le « bon » choix. Ils peuvent contribuer à la rassurer par des paroles qui ressemblent à ce qui suit : « En présence d'une grossesse non planifiée, il n'y a pas de choix parfait. Ce que tu peux faire, c'est de réfléchir à la solution la plus favorable pour toi

maintenant. Quelle que soit ta décision, il est peu probable qu'elle te semble parfaite. »

Les options à la disposition de l'adolescente enceinte comportent divers risques médicaux. L'interruption « médicale » de grossesse à l'aide de méthotrexate et de misoprostol est offerte au Canada pour interrompre la grossesse dès le début. Une récente analyse Cochrane (4) a révélé que c'est une solution efficace et sécuritaire pour interrompre une grossesse au premier trimestre. Certaines études sur son usage incluaient des sujets adolescents. Les données probantes sont tout de même limitées quant à son utilisation au sein de la population adolescente (5,6). De plus, l'avortement médical exige plusieurs consultations en cabinet, ainsi qu'un suivi et un monitoring étroits, mal adaptés à la réalité de la plupart des patientes adolescentes. Les diverses méthodes chirurgicales (y compris l'aspiration manuelle par vacuum, la dilatation et le curetage et l'extraction par vacuum) peuvent être pratiquées, selon la durée de gestation, entre le début du premier trimestre et le début du deuxième trimestre. Les risques reliés à l'avortement augmentent avec la durée de gestation, mais ils sont faibles dans l'ensemble (ces risques incluent la perforation utérine, l'hémorragie et l'infection) (7,8). La grossesse et ses complications comportent les risques les plus élevés pour l'adolescente. Les taux de mortalité de la mère au sein de ce groupe d'âge sont plus élevés que ceux de l'avortement chirurgical (9).

Le counseling de l'adolescente qui prévoit poursuivre sa grossesse

Les soins prénatals doivent être entrepris le plus tôt possible, afin de maximiser la santé et le bien-être de la mère et du fœtus. Un professionnel de la santé en charge du counseling mais pas des soins obstétricaux peut discuter avec l'adolescente de la manière de choisir un cabinet ou une clinique qui répondra le mieux à ses besoins physiques et affectifs. La patiente doit chercher un praticien qui est à l'aise de discuter de questions sociales et de santé, telles que les relations, le tabagisme, l'alcool et l'utilisation d'autres substances, les infections transmises sexuellement, la nutrition et l'allaitement, et qui lui donnera des conseils d'ordre préventif. L'accès à des services prénatals, postnatals et pédiatriques axés sur les adolescentes peut améliorer les issues, tant pour l'adolescente que pour son nourrisson (10,11).

Le professionnel de la santé doit également :

- aiguiller l'adolescente vers les ressources pertinentes : maisons de maternité, centres de consultation et groupes d'entraide;
- l'encourager à poursuivre ses études pour accroître le potentiel d'issue positive pour elle et son enfant et pour réduire le risque d'isolement social et de dépression.
- si c'est pertinent, favoriser la présence du père du bébé ou du nouveau partenaire de l'adolescente lors des

visites de suivi et des discussions sur les futurs responsabilités et rôles parentaux;

- dans le cas des jeunes femmes qui choisissent l'adoption, les aiguiller vers un service d'adoption qui leur procure du counseling et du soutien;
- demeurer en contact avec les mères qui gardent leur bébé, tout autant qu'avec celles qui ne le gardent pas;
- donner des conseils en matière de contraception afin de contribuer à retarder les futures grossesses (35 % des adolescentes qui accouchent auront une deuxième grossesse au cours des deux années suivant la première) (12);
- prôner des services de garde subventionnés de qualité et des programmes scolaires flexibles, de manière à répondre aux besoins des parents adolescents.

Le counseling de l'adolescente qui prévoit interrompre sa grossesse

L'adolescente qui a décidé d'interrompre sa grossesse a besoin :

- de détails précis sur les interventions offertes;
- de conseils d'ordre préventif sur les réactions affectives courantes, telles que le deuil, le soulagement et la colère;
- d'un aiguillage vers des services médicaux et chirurgicaux pertinents;
- de rendez-vous de suivi qui incluent une analyse des complications éventuelles, telles que les hémorragies, la fièvre, les crampes après les 48 heures suivant l'avortement, les pertes vaginales anormales, les inquiétudes physiques et affectives et le suivi sur la contraception.

LA PRÉVENTION DE LA GROSSESSE

Les professionnels de la santé jouent un rôle important dans la prévention des grossesses non planifiées chez les adolescentes. Pour l'instant, il n'existe pas de règles de référence pour prévenir la grossesse chez les adolescentes, mais plusieurs analyses parues dans les publications récentes ont résumé les caractéristiques des programmes les plus efficaces (13,14). Ces caractéristiques incluent un suivi longitudinal, l'offre d'une série d'options – de l'abstinence à l'information sur la contraception – et une formation sur la dynamique de la vie. Les praticiens doivent discuter de la prise de décision avec leurs patientes adolescentes dès un jeune âge et orienter ces discussions sur des sujets comme la sexualité, le choix individuel, la pression exercée par les camarades, les relations sexuelles protégées et la contraception, d'une manière adaptée à leur développement. Ces discussions revêtent une importance particulière pour les adolescentes qui souffrent d'un retard de développement, d'une incapacité ou d'une maladie chronique. Les adolescents des deux sexes qui s'engagent

jeunes dans des activités sexuelles doivent être informés des méthodes de contraception. La discussion doit comprendre des renseignements sur la pilule contraceptive d'urgence (15). Les adolescentes vulnérables à des relations sexuelles non protégées sont celles :

- qui éprouvent des problèmes sociaux et familiaux;
- dont la mère était une mère adolescente;
- qui vivent une puberté précoce;
- qui ont été abusées sexuellement;
- qui ont une fiche d'absentéisme scolaire bien garnie ou qui n'ont pas de but professionnel;
- dont au moins une sœur a été enceinte à l'adolescence;
- qui fument et consomment de l'alcool ou d'autres substances;
- qui vivent dans des foyers de groupe, des centres de détention ou dans la rue.

Il est important de poser des questions sur l'intentionnalité de la grossesse parce que selon certaines données probantes, certaines adolescentes peuvent avoir l'intention de devenir enceintes. Leurs besoins ne se limitent alors pas aux simples conseils sur la contraception (16,17).

SOMMAIRE ET RECOMMANDATIONS

La grossesse comporte des risques physiques et psychosociaux importants pour les adolescentes. Par un counseling et un traitement, les professionnels de la santé qui s'occupent d'elles devraient chercher à prévenir les grossesses non planifiées chez les adolescentes. En cas de grossesse, les risques peuvent être réduits grâce à un diagnostic précoce, l'offre d'une gamme complète d'options thérapeutiques et le soutien inconditionnel des décisions que prennent ces jeunes filles. Le rôle du professionnel de la santé inclut les soins médicaux et le counseling, l'aiguillage vers les services pertinents et la défense d'intérêts.

La Société canadienne de pédiatrie reconnaît les enjeux sociaux, éthiques et religieux complexes qui sont en jeu et convient du droit des professionnels de la santé à ne pas participer à tous les aspects du counseling reliés à la contraception et à la grossesse. Cependant, ceux-ci sont responsables d'offrir des services complets à toutes les adolescentes enceintes et de s'assurer qu'elles y ont accès.

Pour réduire au minimum les risques que court l'adolescente enceinte, la Société canadienne de pédiatrie recommande que les professionnels de la santé :

- conseillent les adolescentes quant aux options qui s'offrent à elles en cas de grossesse, sans porter de jugement. S'ils en sont incapables, ils doivent les aiguiller vers d'autres personnes qui offrent ce type de service.
- tentent d'éviter que l'adolescente soit contrainte à prendre une décision contraire à sa volonté.

- aident l'adolescente à mettre sur pied un réseau d'appui qui peut inclure des membres de sa famille, son partenaire, des amis de confiance et d'autres professionnels de la santé.
- fournissent aux membres de ce réseau d'entraide des conseils sur les meilleurs moyens d'aider l'adolescente enceinte.
- donnent des rendez-vous de suivi.
- s'assurent que les adolescentes aiguillées vers un autre praticien ou un autre service prennent rendez-vous et s'y présentent.
- respectent le droit de l'adolescente à la vie privée et à la confidentialité.

RÉFÉRENCES

1. Statistique Canada. Issues de la grossesse, selon le groupe d'âge. <www40.statcan.ca/102/cst01/hlth65c_f.htm> (version à jour le 30 mars 2006).
2. Koniak-Griffin D, Turner-Pluta C. Health risks and psychosocial outcomes of early childbearing: A review of the literature. *J Perinat Neonatal Nurs* 2001;15:1-17.
3. Wilcox AJ, Baird DD, Dunson D, McChesney R, Weinberg CR. Natural limits of pregnancy testing in relation to the expected menstrual period. *JAMA* 2001;286:1759-61. (Erratum in 2002;287:192)
4. Kulier R, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):AB002855.
5. Creinin MD, Wiebe E, Gold M. Methotrexate and misoprostol for early abortion in adolescent women. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1999;12:71-7.
6. Wiebe ER. Abortion induced with methotrexate and misoprostol. *CMAJ* 1996;154:165-70.
7. Kulier R, Fekih A, Hofmeyr GJ, Campana A. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD002900.
8. Agence de santé publique du Canada. Avortement provoqué. In : *Système canadien de surveillance périnatale*. Ottawa : Agence de santé publique du Canada, 2005. <www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/factshts/inabor_f.html> (version à jour le 16 mars 2006).
9. Agence de santé publique du Canada. Rapport spécial sur la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave au Canada, Surveillance accrue : la voie de la prévention. Ottawa : Agence de santé publique du Canada, 2004:13. <www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/srmm-rsimm/index_f.html> (version à jour le 16 mars 2006).
10. Bensussen-Walls W, Saewyc EM. Teen-focused care versus adult-focused care for the high-risk pregnant adolescent: An outcomes evaluation. *Public Health Nurs* 2001;18:424-35.
11. Leslie K, Dibden L. Adolescent parents and their children – The paediatrician's role. *Paediatr Child Health* 2004;9:561-4.
12. East PL, Felice ME. Adolescent Pregnancy and Parenting: Findings from a Racially Diverse Sample. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 1996:29-39.
13. Nicoletti A. Teen pregnancy prevention issues. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;17:155-6.
14. Card JJ. Teen pregnancy prevention: Do any programs work? *Annu Rev Public Health* 1999;20:257-85.
15. Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé de l'adolescent. La contraception d'urgence. <www.cps.ca/francais/enonces/AM/ah03-01.htm> (version à jour le 16 mars 2006).
16. Rosengard C, Phipps MG, Adler NE, Ellen JM. Adolescent pregnancy intentions and pregnancy outcomes: A longitudinal examination. *J Adolesc Health* 2004;35:453-61.
17. Stevens-Simon C, Beach RK, Klerman LV. To be rather than not to be – that is the problem with the questions we ask adolescents about their childbearing intentions. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:1298-300.

COMITÉ DE LA SANTÉ DE L'ADOLESCENT (2004-2005)

Membres : Docteurs Sheri M Findlay, McMaster Children's Hospital - Hamilton HSC, Hamilton (Ontario); Jean-Yves Frappier (président), CHU Sainte-Justine, Montréal (Québec); Eudice Goldberg, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario); Jorge Pinzon, BC's Children's Hospital, Vancouver (Colombie-Britannique); Koravangattu Sankaran (représentant du conseil), Royal University Hospital, Saskatoon (Saskatchewan); Danielle Taddeo, CHU Sainte-Justine, Montréal (Québec)

Représentante : Docteur Karen Mary Leslie, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario) (section de la santé de l'adolescent, Société canadienne de pédiatrie)

Auteure principale : Docteur Karen Mary Leslie, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario)

Les recommandations du présent énoncé ne constituent pas une démarche ou un mode de traitement exclusif. Des variations tenant compte de la situation du patient peuvent se révéler pertinentes. Les adresses Internet sont à jour au moment de la publication.