



Organisation
mondiale de la Santé



ADOLESCENTES ENCEINTES

**Apporter
une Promesse
d'Espoir dans le
Monde Entier**

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Adolescentes enceintes : apporter une promesse d'espoir dans le monde entier.

« Ecrit et produit pour l'OMS par Peter McIntyre, Oxford, Royaume-Uni »--T.p. verso.

1. Grossesse adolescente. 2. Service santé adolescent – organisation et administration.
3. Médecine factuelle. 4. Grossesse compliquée. 5. Soins prénataux. 6. Pays en développement. I. McIntyre, Peter. II. Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 259378 5

(NLM classification : WS 460)

© Organisation mondiale de la Santé 2007

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les auteurs cités nommément.

Mise en page par Inís Communication, Irlande et imprimé par Imprimerie Nouvelle-Gonnet, Belley, France

La plupart des informations contenues dans ce rapport proviennent de l'OMS. 2003. *Adolescent Pregnancy: Unmet Needs and Undone Deeds*, revue documentaire de l'OMS non publiée, et de l'OMS. 2004. *Adolescent Pregnancy Issues in Adolescent Health and Development*. Documents de base de l'OMS sur l'Adolescence. Cf. www.who.int/child_adolescent_health/documents/adolescent/en/index.html

Photo de couverture

©Gaicomo Pirozzi/ PANOS PICTURES

Une adolescente enceinte reçoit médicaments et conseils dans une clinique rurale du Bénin.

ADOLESCENTES ENCEINTES

**Apporter une
Promesse d'Espoir
dans le Monde Entier**

Table des Matières

Préface de Joy Phumaphi, Directrice Générale Adjointe de l’OMS	3
Résumé et contexte	4
Qui sont les adolescentes enceintes ?	8
Problèmes de santé associés aux grossesses des adolescentes	10
Facteurs sociaux et économiques – un cercle d’exclusion	16
Comment les services de santé sont incapables de satisfaire les besoins des adolescentes	17
De quels soins de santé les adolescentes enceintes ont-elles besoin ?	19
Quel genre de programme offre l’opportunité d’avancer ?	23
Conclusions et déclarations de consensus	27

Faits et sujets

<i>Les adolescentes enceintes ont le droit d’avoir accès aux services</i>	6
<i>Naissances précoces dans le monde</i>	8
<i>Les mères adolescentes moins susceptibles de recevoir des soins qualifiés</i>	17
<i>Où sont les adolescentes qui accouchent sans la surveillance d’un personnel qualifié ?</i>	22
<i>Bangladesh – programme de prise de contact avec les jeunes mariées</i>	24
<i>Soutien financier durant la grossesse</i>	25
<i>Relier les soins médicaux, les soins sociaux et l’éducation</i>	25
<i>Soins post-abortifs</i>	25
<i>Centre pour Femmes de Jamaïque – les mères adolescentes retournent à l’école</i>	26

Préface

Dans un champ de riz quelque part au Bangladesh, une épouse adolescente est sur le point d'accoucher de son premier bébé. Une gardienne de chèvres solitaire, dans les plaines d'Afrique de l'Est, contaminée par le VIH par un conducteur de camion de passage, est dans la même situation. Tout comme une prisonnière terrifiée de l'Armée de Résistance du Seigneur en Ouganda et une enfant des rues en Equateur, dépendante aux drogues et à l'inhalation de colle.

En l'espace d'une seule heure, en raison de circonstances en dehors de leur contrôle ou d'une exposition au risque à la faveur d'un moment d'inattention, plus de 1 600 adolescentes auront accouché ; beaucoup d'entre elles physiquement immatures, sans avoir eu recours à des soins prénataux ou sans accès à des services de travail et d'accouchement ainsi qu'à des soins obstétricaux d'urgence.

Certaines porteront les cicatrices de ce traumatisme à vie et donneront naissance à des enfants qui, s'ils survivent, seront pris dans le même engrenage vicieux. En l'espace d'une seule journée, 38 500 adolescentes accoucheront. Les adolescentes enceintes sont prises dans un vide sombre d'impuissance et de désespoir, attendant d'être secourues. Pour certaines, leurs besoins remontent à l'enfance, lorsque leur famille était incapable de leur donner accès à l'éducation, l'alimentation et les capacités de survivre, avant même qu'elles ne se voient refuser l'accès aux soins.

C'est dans le but de restaurer la foi perdue de ces jeunes adultes en l'humanité que vous, les défenseurs les plus méritants et les plus dévoués d'une maternité sans risques, êtes appelés à agir. Parce que vous pouvez changer leur vie. Vous pouvez délimiter clairement un chemin pour sécuriser les cibles des Objectifs du Millénaire pour le Développement pour ces jeunes mères et leurs enfants. Vous pouvez créer un monde suffisamment sûr pour qu'ils puissent y vivre en identifiant et en fournissant une aide à l'échelle des pays qui les délivreront et les rendront à leur famille et leur communauté comme un capital humain, prêts à améliorer la qualité de la vie.

J'ai confiance dans le fait que la baisse de la mortalité maternelle et néonatale et de la morbidité des adolescentes enceintes deviendra une réalité avec vos efforts.

Joy Phumaphi,

DIRECTRICE GÉNÉRALE ADJOINTE DE L'OMS POUR LA SANTÉ FAMILIALE ET COMMUNAUTAIRE, OUVERTURE DE LA RÉUNION DU GROUPE DE TRAVAIL TECHNIQUE DE L'OMS : ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT SUR LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE, GENÈVE.



L'heure est
venue de
redonner aux
adolescentes
enceintes
confiance en
l'humanité

Résumé et contexte

L'Organisation mondiale de la Santé définit l'adolescence comme la décennie comprise entre 10 et 19 ans.

Entre 14 et 15 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans accouchent tous les ans, ce qui représente plus de 10 % des naissances à travers le monde. Pour certaines jeunes mères, c'est un événement heureux, elles sont bien soutenues et donnent naissance à une fille ou un fils en pleine santé. Mais pour des millions d'autres, la grossesse n'était pas prévue, la naissance a lieu trop tôt et l'expérience est empreinte de peur et de souffrance. Les adolescentes doivent faire face à des risques pour la santé durant la grossesse et la naissance représentant 15 % de la Charge Mondiale de Morbidité des conditions maternelles, et 13 % des toutes les morts maternelles.¹ Les mères adolescentes âgées de 15 à 19 ans sont plus susceptibles que les mères plus âgées de mourir durant l'accouchement, tandis que les très jeunes mères, âgées de 14 ans et moins courent le plus de risques.² Une étude de l'OMS sur les grossesses des adolescentes affirme que l'âge seul pourrait ne pas en être la cause – l'éducation, le statut social et l'utilisation des structures de santé sont des facteurs participants.³ Il est également difficile de distinguer les risques liés à l'âge des risques supplémentaires liés à une première grossesse. Toutefois, les mères adolescentes sont à la fois jeunes et pour la plupart mères pour la première fois. Beaucoup ont quitté l'école, ont un statut social bas et n'ont pas accès aux services de santé. Pour chaque jeune femme qui meurt durant l'accouchement, 30 à 50 autres finissent avec une blessure, une infection ou une maladie.⁴ Les jeunes mères sont plus susceptibles d'avoir des bébés de petit poids à la naissance, risquant la malnutrition, un développement faible ou la mort. Le taux de mortalité infantile et du jeune enfant est le plus élevé parmi les enfants de mères adolescentes. Les jeunes filles qui accouchent manquent l'école ainsi que des opportunités d'emploi. Le cycle risque de se répéter.

Beaucoup de grossesses d'adolescentes ne sont pas seulement imprévues mais également non désirées, tel qu'on peut le constater avec les 2,2 à 4 millions estimés d'adolescentes ayant recours à l'avortement chaque année. En raison du fait qu'elles sont moins susceptibles d'avoir accès à un avortement légal et sans risques, les adolescentes, selon les estimations, représentent 14 % des avortements à risque,⁵ pratiqués par des personnes n'ayant pas les compétences nécessaires, dans un environnement manquant des normes médicales élémentaires.⁶ Derrière chaque statistique se cache une jeune fille vulnérable et effrayée, qui peut être rejetée et même éventuellement se résoudre au suicide.

Bien que la prévention des grossesses non désirées des adolescentes soit considérée comme un problème important dans beaucoup de pays, le soin apporté aux adolescentes enceintes et à leur nouveau-né ne bénéficie pas du même niveau de priorité. Des politiques globales convergentes soulignent déjà le besoin de concentrer les soins, l'aide sociale et l'éducation sur les jeunes filles, mères pour la première fois.

Objectifs du Millénaire pour le Développement

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) établissent des buts visant à mesurer les progrès réalisés dans le développement humain. Améliorer les soins pour les adolescentes enceintes est directement lié à deux des huit objectifs de la Déclaration du Millénaire de 2000.

1. OMS. 2000. *Global Programme on Evidence*.

2. UNICEF. 2001. *Le Progrès des Nations*.

3. OMS. 2004. *Grossesses des Adolescentes, Questions de Santé et de Développement des Adolescents*

4. Groupe Inter agence pour une Maternité Sans Risques. 2002. *Soins Qualifiés Durant l'Accouchement*, Briefing Politique.

5. OMS. 2003. *Grossesse des Adolescentes : Besoins Insatisfaits et Inactions*. Revue non publiée de documentation et de programmes.

6. OMS. 1997. *Planning familial post-abortif : un guide pratique pour les gestionnaires de programme*.

- ◆ **Objectif 4 :** Réduire la mortalité infantile, et en particulier réduire les taux de mortalité des moins de cinq ans de deux tiers, d'ici à 2015. Apporter un meilleur soin aux adolescentes enceintes et à leur nouveau-né aura pour résultat des bébés en meilleure santé, mieux capables de lutter et survivre.
- ◆ **Objectif 5 :** Améliorer la santé maternelle, et en particulier réduire le taux de mortalité maternelle de trois quarts d'ici à 2015. Les adolescentes enceintes courent un risque dix fois proportionné de mourir durant ou après la naissance.

La taux de mortalité maternelle est le nombre de femmes mourant de toute cause liée à la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours suivant un avortement, pour 100 000 naissances viables. Le niveau de référence provient de données de 1990.

Apporter un meilleur soutien aux adolescentes enceintes aura également un impact sur quatre autres objectifs :

- ◆ **Objectif 6 :** Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies. Les adolescentes ayant des relations sexuelles avec des hommes plus âgés et sexuellement expérimentés courent un plus grand risque de contracter le VIH. Les connaissances et les capacités de négociation les aident à se protéger.
- ◆ **Objectif 2 :** Assurer l'éducation primaire pour tous. La grossesse met souvent un terme à l'éducation d'une jeune fille, parfois avant qu'elle ne termine l'école primaire.
- ◆ **Objectif 3 :** Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Beaucoup d'adolescentes ne choisissent pas de tomber enceintes, et ont peu de pouvoir pour influencer leur propre avenir ou celui de leurs enfants.
- ◆ **Objectif 1 :** Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim. Améliorer l'éducation, les qualifications et les perspectives des adolescentes enceintes leur permet de gagner un revenu, de prévenir d'autres grossesses non désirées et de subvenir aux besoins de leur famille.

La Convention des Droits de l'Enfant et l'UNGASS

La Convention des Droits de l'Enfant protège la santé et les droits des jeunes jusqu'à l'âge de 18 ans, et vise à protéger les enfants des abus et de l'exploitation sexuelle. L'article 24 reconnaît le droit d'un enfant à avoir accès aux plus hauts standards de santé atteignables. La Convention presse les Etats à prendre des mesures appropriées pour :

- ◆ diminuer la mortalité infantile et du jeune enfant
- ◆ assurer des soins prénataux, obstétricaux et postnataux appropriés aux mères
- ◆ assurer que tous les segments de la société, en particulier les parents et les enfants, soient informés, aient accès à l'éducation et soient aidés dans l'utilisation de connaissances de base sur la santé et l'alimentation de l'enfant, les avantages de l'allaitement, l'hygiène et l'assainissement environnemental, ainsi que la prévention des accidents.
- ◆ développer des soins de santé préventive, guider les parents et développer le planning familial

La Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'ONU consacrée aux Enfants en 2002 a spécifié le besoin d'améliorer les soins apportés aux adolescentes enceintes, et a posé un objectif pour :

« Veiller à ce que la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales soit considérée comme une priorité du secteur de la santé et que les femmes, *en particulier les adolescentes enceintes*, aient rapidement accès à des soins obstétricaux indispensables et d'un prix abordable, à des services de santé maternelle bien équipés et dotés d'un personnel suffisant, à l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence, au transport et à des soins dans ces centres spécialisés si nécessaire, aux soins post-partum et à des services de planification familiale afin de promouvoir, entre autres, la maternité sans risques ». ¹

1. Résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies. Octobre 2002. *Un monde digne des enfants*, résultat de la Session Spéciale pour les Enfants. 10 mai 2002. Plan d'Action, B : Stratégies d'Objectifs et Actions 1. Promouvoir des Vies Saines, Paragraphe 37 :1. *Notre accent*.

Les adolescentes enceintes ont le droit d'avoir accès aux services

Le Comité des Droits de l'Enfant, durant sa 33^{ème} session en 2003, a ratifié une observation générale sur la santé et le développement des adolescentes,¹ statuant que :

«Les adolescentes devraient avoir accès à des informations sur l'impact négatif du mariage précoce et des grossesses précoces, et celles qui tombent enceintes devraient avoir accès à des services de santé à l'écoute de leurs particularités et de leurs droits. Les partis des Etats devraient prendre des mesures visant à réduire la morbidité maternelle ainsi que la mortalité chez les adolescentes, dues en particulier aux grossesses précoces et à des pratiques d'avortement à risque, et à soutenir les mères et les pères adolescents dans leur parentalité».

«Les jeunes mères, et particulièrement dans les régions dépourvues de structure de soutien, peuvent être sujettes à la dépression et l'anxiété, ce qui compromet leur capacité à s'occuper de leur enfant. Le Comité presse les partis des Etats à :

- (a) développer et mettre en place des programmes assurant un accès à des services de santé sexuelle et reproductive, incluant le planning familial, les méthodes de contraception et les services d'avortement sans risques, dans des situations où l'avortement n'est pas contraire à la loi, des soins et des conseils obstétricaux compréhensifs adéquats ;
- (b) encourager des attitudes d'accompagnement positif envers la parentalité des adolescents, pour les mères et les pères ; et
- (c) développer des politiques positives afin d'assurer que les mères adolescentes poursuivent leur éducation».

Priorités d'action

Les mères adolescentes partagent de nombreux besoins avec les autres femmes, mères pour la première fois, mais ont également des besoins liés à leur âge. Cela est particulièrement vrai pour les très jeunes adolescentes enceintes, âgées de moins de 16 ans. Des réformes visant à améliorer les services et l'aide aux adolescentes enceintes auront un large impact sur les soins apportés à toutes les femmes enceintes pour la première fois, et représentent un pas important vers l'accomplissement des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Les réformes les plus importantes sont :

- ◆ apporter une aide sociale aux très jeunes adolescentes enceintes ainsi qu'aux très jeunes mères,
- ◆ fournir aux adolescentes enceintes des informations sur les services et sur la façon d'y avoir accès,
- ◆ améliorer l'accès des adolescentes enceintes aux soins prénataux,
- ◆ veiller à ce que les adolescentes aient un personnel qualifié présent à l'accouchement,
- ◆ fournir un accès aux soins obstétricaux d'urgence au bon moment si cela s'avère nécessaire.

La situation de chaque adolescente enceinte varie avec l'âge, le statut marital, la classe sociale, si elle vit en ville ou à la campagne, et si sa grossesse est désirée ou non. Les pays n'ont pas nécessairement besoin de systèmes et de structures séparées pour les mères adolescentes. Toutefois, les systèmes doivent se montrer réactifs face aux besoins des adolescentes et trouver des moyens d'améliorer l'accès aux différents services. Prendre contact avec des services de

1. Comité des Droits de l'Enfant. 2003. Trente-troisième session, Commentaire Général N°4 ; *santé et développement des adolescents dans le cadre de la Convention des Droits de l'Enfant*.

santé tôt durant la grossesse peut assurer qu'une jeune fille enceinte recevra des soins prénataux appropriés et l'aidera à élaborer un plan de naissance, incluant des plans de secours pour des soins obstétricaux d'urgence.

Bien que les besoins cliniques d'une adolescente enceinte soient similaires à ceux des autres femmes, mères pour la première fois, la jeunesse et l'inexpérience sont des facteurs particuliers. Elle peut manquer d'aide de la part de sa communauté, avoir peu d'expérience des services de santé et peu de possibilités d'y accéder. Les besoins en soins médicaux peuvent être marginalisés à l'échelle de la famille et de la communauté, ou ne pas être satisfaits si les services ne répondent pas de façon appropriée à une jeune fille enceinte, particulièrement si elle n'est pas mariée.

L'amélioration la plus significative serait de veiller à ce qu'un personnel qualifié soit présent à toutes les naissances. Dans les pays en voie de développement, seules 53 % des naissances sont prises en charge par une personne qualifiée.¹ Les soins et l'aide postnataux pour la mère et le bébé sont également essentiels, du fait que des complications surviennent souvent après la naissance.

Les services devraient viser un service continu, depuis l'auto-soin à la maison, des soins prénataux, des soins au moment de la naissance ainsi que des soins postnataux, incluant une orientation. L'aide sanitaire et sociale devrait être intégrée afin que les jeunes mères et leur bébé demeurent en bonne santé, soient protégés de la stigmatisation et ne tombent pas dans la pauvreté. Un chemin de retour à l'éducation et à l'emploi est nécessaire pour les jeunes mères adolescentes. Il est essentiel de veiller à ce que les adolescentes sachent comment se prémunir d'une deuxième grossesse non désirée et aient les moyens et l'aide nécessaires pour empêcher cela.

En août 2003, une déclaration de consensus d'un Groupe de Travail Technique de l'OMS a inclus cinq appels à l'action :²

- ◆ Rendre les services pour la grossesse, l'accouchement et les soins postnataux plus accessibles aux adolescentes et plus réactifs à leurs besoins (adaptés aux adolescents).
- ◆ Fournir des informations sur les droits et les choix des adolescentes, incluant une éducation sexuelle pour tous les adolescents.
- ◆ Fournir une aide sociale aux adolescentes enceintes, en particulier aux plus jeunes.
- ◆ Assurer l'éducation pour tous, et en particulier les jeunes filles afin que les adolescentes enceintes retournent à l'école, et veiller à ce que les politiques et les lois permettent aux adolescentes de donner leur consentement à des tests et des traitements.
- ◆ Offrir des compétences pour la vie ainsi que des compétences pour subsister, afin de sortir les adolescentes de la pauvreté. ■

Les adolescentes enceintes

- Les adolescentes enceintes, en particulier celles âgées de moins de 15 ans, courent de plus grands risques de maladie ou de mort durant l'accouchement que les femmes enceintes plus âgées.
- Les adolescentes enceintes doivent souvent faire face à la honte et à l'exclusion sociale.
- Elles ont besoin de soins en continu : depuis l'auto-soins et les soins prénataux, aux soins durant l'accouchement et les soins post-partum.
- Les jeunes filles enceintes ont besoin de reprendre le chemin de l'école et de se réinsérer socialement.
- Les jeunes filles enceintes ont besoin de soutien pour empêcher une nouvelle grossesse non désirée.

1. UNICEF. 2001. *Le Progrès des Nations*. La plupart des données statistiques sont basées sur des informations collectées auprès de femmes âgées de 15 à 49 ans. Cela n'a pas été désagrégé par la suite par l'âge.

2. Pour les déclarations de consensus, se référer aux pages 27 et 28.

Qui sont les adolescentes enceintes ?

Plus de 14 millions d'adolescentes accouchent chaque année. Bien que ces naissances interviennent dans toutes les sociétés, 12,8 millions, soit plus de 90 %, ont lieu dans les pays en voie de développement.¹ Dans certaines sociétés, les jeunes filles se marient et fondent une famille avant la fin de leur propre enfance. Dans d'autres pays, la majorité des accouchements de jeunes mères ont lieu en dehors du cadre du mariage, où il existe un taux élevé d'activité sexuelle parmi les adolescentes, dans certains cas forcée, ou liée à la pauvreté et à l'exclusion sociale.

Les taux les plus élevés de grossesses d'adolescentes sont enregistrés en Afrique. Des taux élevés sont également enregistrés en Inde, au Bangladesh, en Amérique Latine ainsi que dans les Caraïbes. Plus de la moitié des femmes d'Afrique sub-saharienne et environ un tiers en Amérique Latine et dans les Caraïbes accouchent avant l'âge de 20 ans.² Même au sein des pays développés il existe de grandes variations. Le taux d'accouchement chez les 15–19 ans aux USA, en Ukraine, en Georgie et en République de Moldavie est 14 fois plus élevé qu'au Japon, et deux fois plus élevé qu'en Australie et au Canada.³

Une grossesse précoce et non désirée, en particulier à un très jeune âge, reflète un échec à fournir un environnement sûr aidant les jeunes filles à atteindre l'âge adulte avec une éducation, des perspectives et de l'espoir. Toutefois, la plupart des procréations chez les adolescentes ont lieu dans le cadre du mariage ou d'autres formes d'union, et les taux de naissance les plus élevés chez les moins de 18 ans sont enregistrés dans les pays ayant des taux élevés de mariages d'enfants.

Les naissances précoces dans le monde

Moins de 10 % des jeunes filles ont un bébé avant l'âge de 18 ans au (plus faibles taux en premier) : Japon, Allemagne, Pologne, France, Chine, Tunisie, Sri Lanka, Grande-Bretagne, Maroc, Burundi, Philippines, Rwanda, États-Unis, Thaïlande.

10 à 20 % des jeunes filles ont un bébé avant l'âge de 18 ans en : Turquie, Pérou, Trinidad, Tobago, Égypte, Indonésie, Paraguay, Brésil, Équateur, Soudan, Pakistan, République Dominicaine, Colombie, Namibie, Bolivie, Zambie, Mexique.

20 à 30 % des jeunes filles ont un bébé avant l'âge de 18 ans à : Madagascar, Burkina Faso, Sénégal, Nigeria, Malawi, République Centrales Africaine, Ouganda.

40 à 50 % des jeunes filles ont un bébé avant l'âge de 18 ans en : Côte d'Ivoire, Libéria, Mali, Cameroun, Bangladesh.

Plus de 50 % des jeunes filles ont un bébé à l'âge de 18 ans au Niger.

Sources : Institut Alan Guttmacher. 1998. *Un Nouveau Monde : Vie Sexuelle et Génésique des Jeunes Femmes*.

UNICEF. 2001. *Innocenti Report Card – Un Tableau de Classement des Naissances Adolescentes dans les Pays Riches*. Innocenti Research Centre, Florence.

1. Nations Unies. 2002. *Monitoring de la Population Mondiale 2002. Droits et santé génésiques : aspects choisis*.

2. Institut Alan Guttmacher. 1998. *Un Nouveau Monde : Vie Sexuelle et Génésique des Jeunes Femmes*.

3. Singh, S. et Darroch, J. 2000. *Grossesse et procréation des adolescentes : Niveaux et tendances dans les pays en voie de développement*. Perspectives du Planning Familial, 32, 14–23.

«Pendant trop longtemps, nous avons pointé du doigt les adolescentes qui tombaient enceintes. C'est nous-mêmes que nous devrions pointer du doigt. Si une très jeune fille tombe enceinte, c'est que nous ne lui avons pas fourni toute l'information, l'éducation, la formation et l'accompagnement dont elle avait besoin pour éviter cela.»

DR PRAMILLA SENANAYAKE,
ANCIENNE DIRECTRICE ADJOINTE,
FÉDÉRATION INTERNATIONALE DU
PLANNING FAMILIAL

Naissances précoces

- Plus de 90 % des 14 millions de naissances d'adolescentes interviennent dans des pays en voie de développement.
- Les taux les plus élevés de naissances adolescentes sont enregistrés dans les pays pratiquant les mariages d'enfants.
- Des taux élevés sont également enregistrés en Afrique, dans les Caraïbes et en Amérique Latine.
- L'accouchement précoce est plus courant dans les zones rurales où les services de santé sont souvent loin d'être optimaux.

Plus de la moitié des jeunes filles sont mariées à l'âge de 18 ans au Bangladesh, au Burkina Faso, au Tchad, au Mozambique et au Népal, et plus de 40 % le sont en Ethiopie, en Inde, au Malawi, au Nigeria et au Yémen.¹ Un accouchement très précoce, en dessous de l'âge de 16 ans, est également associé au mariage des enfants. Au Bangladesh, au Cameroun, au Libéria, au Malawi, au Mali, au Niger et au Nigeria, des pays où les mariages précoces sont courants, 8 à 15 % des jeunes filles ont eu un enfant à l'âge de 15 ans.² Au Bahreïn, 18 à 20 % des adolescentes commencent à procréer avant l'âge de 16 ans.³ Au Koweït, 40 % des mères accouchant à l'hôpital avaient moins de 16 ans.⁴

Les adolescentes des zones rurales sont beaucoup plus susceptibles de commencer à procréer durant leur adolescence que celles vivant dans des zones urbaines – 24 % comparé à 16 % dans les pays en voie de développement en général.⁵ Cela aussi est associé au mariage précoce.

La procréation adolescente en dehors du mariage est relativement courante dans beaucoup de pays où le mariage des enfants ne l'est pas. En Amérique Latine, dans les Caraïbes, certaines zones de l'Afrique sub-saharienne et des pays développés ont des taux de grossesses d'adolescentes supérieurs en dehors du mariage comparé à l'Asie, l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient. Au Nigeria, où les mariages précoces sont courants, moins de 10 % des adolescentes accouchent en dehors du mariage. Au Kenya, où les mariages précoces sont moins courants, plus de la moitié des jeunes filles non mariées accouchent avant l'âge de 20 ans.

Le mariage précoce est perçu par les parents comme un moyen de protéger une jeune fille mais le mari choisi est souvent un homme beaucoup plus âgé et sexuellement expérimenté, le mariage précoce peut donc exposer une jeune fille au risque de contracter des Infections Sexuellement Transmissibles et le VIH ainsi que de tomber enceinte trop tôt. Le mariage et l'accouchement très précoces marquent une transition prématurée vers l'âge adulte pour les jeunes filles, et met en général un terme à l'éducation et aux perspectives de formation pour un emploi. ■

1. Haberland N et al. 2003. *Adolescentes Mariées : Une Vue d'Ensemble*. Consultation de l'OMS sur les Adolescentes Mariées. Genève.
2. Singh, S. 1998. *Procréation des Adolescents dans les pays en voie de développement : une enquête globale*. *Etudes du Planning Familial* 29, 117–136.
3. OMS. Région à l'Est de la Méditerranée. 1996. *Consultation inter pays sur la promotion de la santé des adolescentes par le biais de programmes de santé maternelle et pédiatrique*.
4. Al-Sherhan W, Al-Madany A, El-Hussini G. 1996. *Analyse comparative des retombées de la grossesse chez les adolescentes jeunes et moins jeunes enceintes pour la première fois*. *J Kuwait Med Assoc* 29: 41–44.
5. Bureau du Recensement des Etats-Unis. 1996. *Profil de la Population Mondiale*.

Problèmes de santé associés aux grossesses des adolescentes

Les risques pour la santé de la mère et du bébé sont fortement associés à l'accouchement à un âge précoce. Beaucoup de ces risques sont également associés au fait d'accoucher pour la première fois (première grossesse). Les adolescentes étant souvent également mères pour la première fois, il est difficile de séparer ces risques. Pour quelque raison que ce soit, le nombre de morts des adolescentes durant l'accouchement est disproportionnellement élevé. Les adolescentes sont plus susceptibles d'accoucher en avance d'un bébé prématuré ayant un petit poids de naissance, courant un risque plus élevé de mortalité néo-natale et périnatale.

Mortalité maternelle

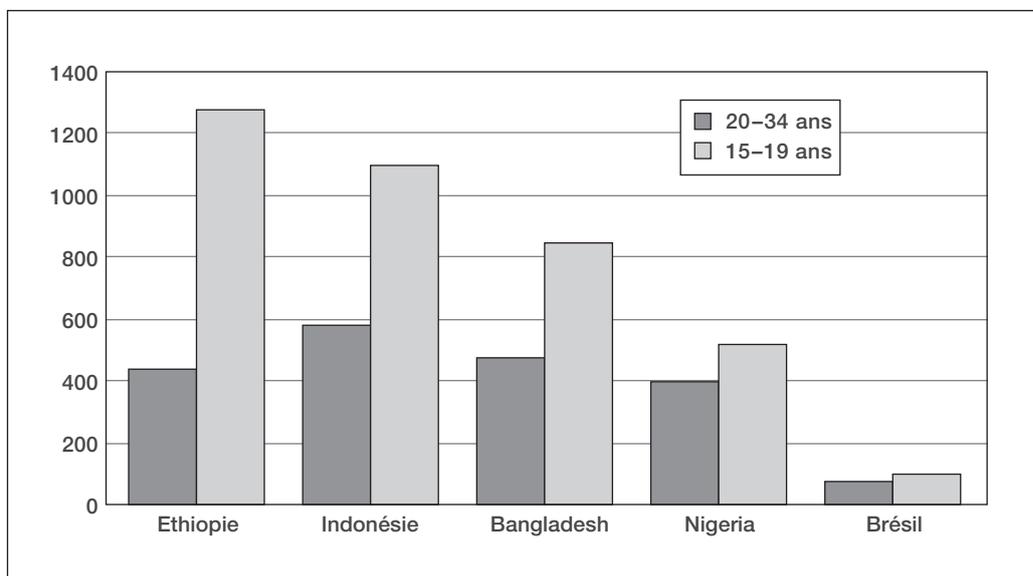
Le risque de mourir d'un mal lié à l'accouchement est dans beaucoup de pays deux fois plus élevé pour les adolescentes âgées de 15 à 19 ans que pour les femmes plus âgées (Figure 1). Cela est dû à une grande variété de facteurs, incluant la première grossesse, la pauvreté, un statut social bas et un manque d'accès aux services de santé. L'âge peut ne pas être le facteur décisif, bien que pour les très jeunes adolescentes, âgées de moins de 15 ans, il existe des risques physiques associés au fait que la jeune fille enceinte n'est pas

Risques pour la mère et le bébé

- Les adolescentes enceintes sont plus susceptibles d'avoir des bébés prématurés ou de petit poids de naissance. Les jeunes filles âgées de moins de 15 ans encourent le plus de risques.
- Les jeunes mères sont plus susceptibles de mourir durant l'accouchement.
- Les bébés nés de mères adolescentes ont des taux de mortalité néonatale plus élevés.

Figure 1 :
Mortalité maternelle pour 100 000 femmes par âge dans des pays choisis.

Source : Fiche de renseignements de l'Initiative pour une Maternité Sans Risques. 1998. *Sexualité et Procréation Adolescentes*.



Mortalité maternelle

La mortalité maternelle est la mort d'une femme durant sa grossesse ou dans les 42 jours suivant l'accouchement, liée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge. Les morts maternelles tardives interviennent jusqu'à un an après l'accouchement.

Les morts obstétriques directes résultent de complications de la grossesse, du travail ou de la puerpéralité (période d'environ six semaines après la naissance), ou d'interventions, de traitements incorrects ou d'oublis. Les morts obstétriques indirectes résultent de maladies aggravées par la grossesse. Les morts liées à la grossesse font référence à toutes les morts intervenant durant cette période, quelque soit la cause.

Source : Mortalité maternelle en 2000 : Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP. Département de Santé et de Recherche Génésique de l'OMS, Monitoring et Evaluation.

complètement développée. La mortalité maternelle est associée à des taux bas de soins prénatals et obstétricaux, un statut social et économique bas et de bas niveaux d'éducation,¹ et est 4 à 6 fois plus élevé dans les zones rurales.² Ces facteurs ont une influence dans les pays développés comme dans les pays en voie de développement. Une étude britannique sur les 14 morts maternelles d'adolescentes ayant eu lieu entre 1997 et 1999 a mis en évidence que 13 adolescentes sur 14 étaient exclues socialement, sept avaient rapporté avoir subi des violences domestiques, sept avaient peu fréquenté les services de soins prénatals et quatre (trois d'entre elles étant âgées de moins de 16 ans) n'avaient pas de foyer.³ Toutefois, 99 % du demi million de morts maternelles chaque année interviennent dans les pays en voie de développement. En Afrique sub-saharienne, une femme a 1 chance sur 16 dans sa vie de mourir durant un accouchement, chances 175 fois supérieures à celles des femmes des pays développés.⁴ Les adolescentes vivant dans des communautés pauvres, dans des pays en voie de développement, et ayant peu d'accès aux services ou aux aides sont susceptibles d'avoir les pires perspectives de toutes.

Grossesses non prévues et non désirées

Il existe des variations considérables dans le degré de planification des grossesses chez les adolescents. En Amérique Latine et dans les Caraïbes, entre un quart et la moitié des mères adolescentes ont avoué que leur bébé n'était pas prévu, tandis qu'en Inde, en Indonésie et au Pakistan, seuls 10 à 16 % n'étaient pas prévus.⁵ Aux Etats-Unis, presque trois quarts des femmes enceintes âgées de 15 à 19 ans ont affirmé que leur grossesse n'était pas prévue. Les adolescentes mariées ont également des bébés non prévus. Au Ghana et au Pérou, plus de la moitié des adolescentes mariées, et au Botswana, au Kenya, au Malawi, au Zimbabwe et en Colombie, plus du tiers, avouaient que leur bébé était non prévu ou non désiré.⁶ Dans beaucoup de pays, 30 à 60 % des grossesses d'adolescentes aboutissent à un avortement. Ce chiffre est disproportionné étant donné que les grossesses des adolescentes ne représentent qu'un peu plus de 10 % des grossesses dans le monde.

1. Bhatia J. 1993. Niveaux et causes de mortalité maternelle en Asie du Sud. *Etudes du planning familial*, 24, 310–318.
2. Villarreal M. 1998. *Fécondité des adolescentes : problèmes socioculturels et implications des programmes*.
3. Enquêtes Confidentielles sur les Morts Maternelles au Royaume-Uni. 2001. *Pourquoi des Mères Meurent 1997–1999*. RCOG Press.
4. OMS. 2004. *Mortalité maternelle en 2000 : estimations établies par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP*.
5. Institut Alan Guttmacher. 1997. *Problèmes en Bref : Risques et Réalités de la Procréation Précoce dans le Monde*.
6. Singh, S. 1998. *Procréation des Adolescents dans les pays en voie de développement : une enquête globale*. *Etudes du Planning Familial* 29, 117–136. Basé sur des Enquêtes Démographiques et Sanitaires.
7. OMS. 2004. *Grossesse des Adolescents. Questions sur la santé et le développement des adolescents*.

Avortements

Parmi les 19 millions d'avortements illégaux ayant lieu chaque année, 2,2 à 4 millions concernent des adolescentes,¹ qui ont tendance à avoir recours à l'avortement tard dans la grossesse et de retarder la recherche de soins dans l'éventualité de complications. Plus les femmes ont recours à l'avortement tard dans la grossesse, plus leur santé court des risques. Lorsque l'accès à des avortements sans risques est interdit, il existe une probabilité plus forte que les avortements soient pratiqués par des personnes non qualifiées, dans des cadres peu hygiéniques.²

En Afrique et en Asie, environ 13 % des morts maternelles sont liées à des avortements à risque.³ Le nombre total d'avortements à risque est le plus élevé en Asie. Toutefois, plus de 40 % des morts liées aux avortements ont lieu en Afrique.³ Une étude menée en Afrique de l'Est et en Afrique centrale a mis en évidence que 20 % des morts maternelles étaient dues à des complications liées à l'avortement, et que la plupart des avortements concernaient des femmes jeunes et célibataires.⁴

En l'absence de structure de soins appropriées et pour des raisons de discrétions, les adolescentes enceintes recherchent souvent le moyen de se faire avorter en dehors du secteur public. En Chine et au Laos, les jeunes ont besoin de l'accord des parents pour avorter dans un hôpital public.⁵ L'avortement est légal en Inde mais un quart des adolescentes des zones rurales pensent qu'il est illégal, un point de vue partagé par certains praticiens, qui refusent de pratiquer des avortements sur des adolescentes non mariées car ils croient qu'ils sont réservés uniquement aux femmes mariées.⁶

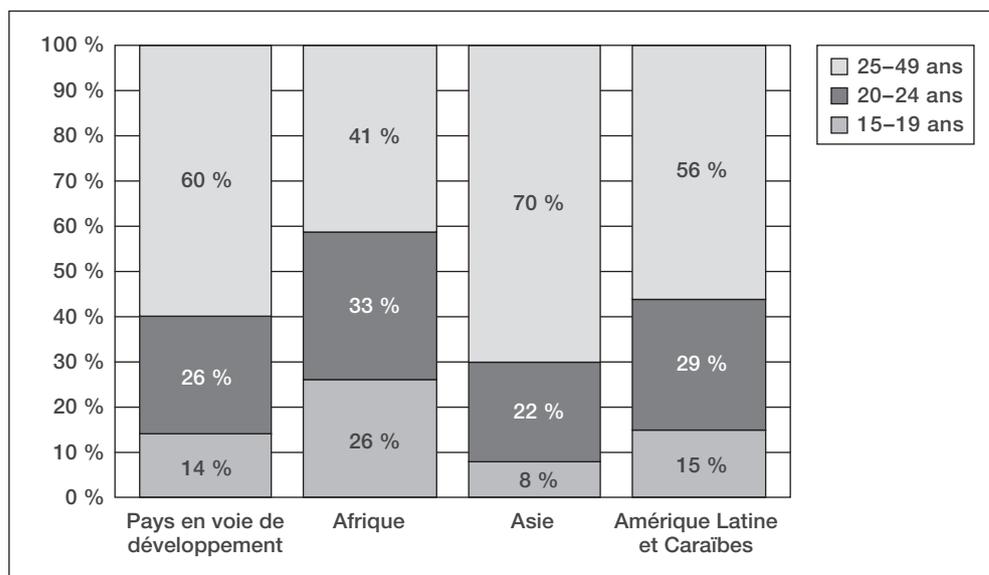
Avortements à risque

● Plus de 4 millions d'adolescentes par an ont recours à des avortements à risque. Si des complications apparaissent, elles sont plus susceptibles de retarder le moment de rechercher des soins.

Figure 2 :

Pourcentages d'avortements à risque, répartis par âge et par région.

Source : Shah I et Ahman A. 2004. *Distribution selon les Classes d'Age des Avortements à Risque dans les Régions des Pays en Voie de Développement*. Reproductive Health Matters. 12, N° 24



1. Olukoya P et al. 2001. *Avortement à risque chez les adolescentes*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 75, 137-147.
2. Bott S. 2001. *Grossesse non désirée et avortement chez les adolescentes dans les pays en voie de développement : découvertes à partir d'études de cas de l'OMS* de Chander P. Puri et Paul F.A. : Van Look (éditeur), Santé Sexuelle et Génésique : avancées récentes, orientations futures, New Delhi : New Age international Publishers.
3. Organisation mondiale de la Santé. 2004. *Avortement à risque : estimations globales et régionales de la fréquence d'avortement à risque et de la mortalité associée en 2000*, 4^{ème} édition. Genève.
4. Rogo K. 1993. *Avortement en Afrique Sub-saharienne*. East African Medical Journal, 70, 386-395.
5. FNUAP. 2000. *Rapports de Pays sur les Questions ARH*. Bangkok.
6. Ganatra B et Hirve S. 2002. *Avortement chez les adolescentes du Maharashtra rural, Inde*. Reproductive Health Matters, 10, 76-85.

Des bébés prématurés et de petit poids de naissance

Les adolescentes sont plus susceptibles que les femmes plus âgées de donner naissance à des bébés prématurés et de petit poids (moins de 2500 grammes), voire de très petit poids (moins de 1500 grammes).¹ Les groupes d'âge les plus jeunes courent le plus de risques.² Les bébés prématurés encourrent des risques supplémentaires de mortalité néonatale ou périnatale. Le stress et le manque de soutien social durant la grossesse sont également associés à l'accouchement prématuré.

Mortalité périnatale, néonatale et infantile

La plupart des morts de bébés intervenant durant ou juste après la naissance (morts périnatales ou néonatales) ont plusieurs causes. Toutefois, les études hospitalières ont mis en évidence des taux supérieurs de mortalité néonatale chez les bébés d'adolescentes. Une étude menée aux Pays-Bas a mis en évidence un risque accru de mortinatalité chez les mères âgées de 15 à 19 ans, par rapport à des femmes âgées de 20 à 29 ans.³ Ces risques sont même supérieurs chez les bébés nés de jeunes filles âgées de 15 ans ou moins. Une étude suédoise a mis en évidence que les bébés nés de jeunes filles âgées de 10 à 13 ans courent le plus de risques. La même tendance a été observée dans les pays en voie de développement.²

Hypertension durant la grossesse

Une enquête de l'OMS conclut qu'il n'existe probablement pas de risque spécial, pour les mères adolescentes, d'hypertension associée à leur jeune âge.⁴ Toutefois, l'hypertension est la complication la plus courante des grossesses parmi les femmes ayant leur premier enfant et représente donc une complication courante pour beaucoup de mères adolescentes.⁵

Anémie

Environ la moitié des adolescentes des pays en voie de développement sont anémiques. Une anémie grave est une cause indirecte importante de mortalité maternelle. Les carences nutritionnelles d'acide folique et de fer, les maladies infectieuses telles que le paludisme et les parasites intestinaux contribuent tous à l'anémie des adolescentes. Les mères adolescentes anémiques, souffrant de carences en fer, sont plus susceptibles d'accoucher avant terme d'un bébé de petit poids. Le corps en pleine croissance des adolescentes les plus jeunes rivalise avec le fœtus pour la nutrition, épuisant les réserves de fer et de nutriments. L'anémie peut être traitée en administrant des compléments de fer. Au Pérou, des écolières prenant des compléments de fer tous les jours avaient des taux d'anémie inférieurs à ceux des jeunes filles qui n'en prenaient que deux jours par semaine.⁶

Problèmes de grossesse

- L'hypertension est une complication courante d'une première grossesse.
- L'anémie est une cause importante de naissances de bébés prématurés ou de petit poids.

La mortalité périnatale inclut la mortinatalité et les morts intervenant dans la semaine suivant la naissance. Les morts néonatales sont les morts intervenant dans les 28 jours suivant la naissance. La mortalité infantile est la mort du bébé dans l'année suivant la naissance.

1. OMS. 2004. *Grossesse des adolescentes, Questions sur la Santé et le Développement des adolescents* cite 24 études ayant découvert un risque accru de naissances prématurées chez les mères adolescentes.
2. Otterblad Olausson P, Cnattingius S, Haglund B. 1999. *Grossesse des adolescentes et risque de mort foetale tardive et de mortalité infantile*. Br J Obstet Gynaecol 106: 116–121.
3. Buitendijk et Oosterhout R. 1993. *Données obstétriques sur les grossesses des adolescentes aux Pays-Bas*. Ned Tijdschr Geneesk, 137, 2536–2540.
4. OMS. 2004. *Grossesses des Adolescentes, Questions de Santé et de Développement des Adolescents*.
5. Documents d'Information des Nations Unies. 1998. *Mes droits de l'homme aujourd'hui : une priorité des Nations Unies*.
6. Gay J, et al. 2003. *Ce qui fonctionne : Un guide des politiques et de programmes basé sur des données du planning familial, de la maternité sans risques, et des interventions contre les IST/VIH/SIDA, module 1 – Maternité Sans Risques*. Projet Politique, Futures Group, Washington.

Accouchement prolongé, dystocie et fistule

Il existe un proverbe soulignant les dangers d'un accouchement prolongé : « Le soleil ne devrait pas se lever ou se coucher deux fois sur une femme en train d'accoucher ». Il met en évidence le message comme quoi l'accouchement prolongé est dangereux, en particulier quand la progression du bébé est bloquée. Les femmes enceintes faisant l'expérience d'un accouchement prolongé ou d'une dystocie nécessitent des soins obstétriques d'urgence, et peuvent avoir besoin d'une césarienne. Les mères adolescentes des communautés pauvres et rurales manquent souvent des moyens de demander des soins d'urgence.

Un accouchement prolongé et bloqué, qui est souvent le résultat d'un bassin étroit, ou d'une mauvaise position du bébé, est plus courant chez les jeunes mères, les femmes de petite taille et les jeunes filles âgées de moins de 16 ans dont le bassin est immature.¹ L'accouchement peut durer des jours sans intervention. La pression de la tête du bébé peut engendrer une nécrose, conduisant à un étirement entre le vagin et la vessie (fistule vésico-vaginale – FVV), ou entre le vagin et le rectum (fistule recto-vaginale). Dans pratiquement tous les cas le bébé meurt et la femme se retrouve avec une fistule d'où s'écoule de l'urine ou des matières fécales. La fistule obstétrique affecte 50 000 à 100 000 femmes chaque année.² L'OMS estime que 2 millions de femmes vivent avec des fistules obstétriques non soignées.³ Si une fistule n'est pas réparée rapidement, le handicap peut gâcher la vie d'une femme. Beaucoup sont déclarées « impures » et abandonnées par leur mari ou leur famille. Des études menées en Afrique ont mis en évidence que 58 à 80 % des femmes souffrant de fistules obstétriques ont moins de 20 ans, les plus jeunes ayant seulement 12 ou 13 ans.⁴ A l'Hôpital contre les Fistules d'Addis Ababa, l'âge moyen des patientes atteintes de fistule était de 17,8 ans, et la durée moyenne de l'accouchement était de 3,8 jours.⁵ En 2003, le FNUAP a lancé une *Campagne Mondiale pour en finir avec les Fistules* et pour mettre un terme au silence entourant cette misère et cette souffrance cachées.⁶ La campagne, active en Afrique et en Asie du Sud, cherche à effacer les causes des fistules en retardant la grossesse et en améliorant la qualité des soins obstétriques.

La fistule obstétrique conduit à des handicaps et au rejet

- L'accouchement prolongé ou bloqué est plus courant chez les jeunes mères et peut conduire à la mort de la mère et du bébé.
- Un accouchement prolongé peut également conduire à une fistule obstétrique, cause majeure de handicaps.
- Le FNUAP a lancé une campagne pour briser le silence entourant les fistules, en réduire la fréquence, améliorer les traitements, et mettre un terme au rejet.

1. OMS. 2004. *Grossesses des Adolescents, Questions de Santé et de Développement des Adolescents*.
2. FNUAP et EngenderHealth 2003. *Rapport d'Evaluation des Besoins en Matière de Fistule Obstétrique : Découvertes dans Neuf Pays Africains*.
3. OMS. 2005. *La rapport de santé Mondiale : 2005 : que chaque mère et chaque enfant compte*. Encadré 4.1, Chapitre 4.
4. Ministère de la Santé, Kenya et le FNUAP. 2004. *Evaluation des Besoins en matière de fistule obstétrique au Kenya. Rapport Final*.
5. Muleta M. 2002. *Causes Sociodémographiques des Fistules Obstétriques en Ethiopie*. 25^{ème} Congrès International de l'Association Internationale des Femmes en Médecine.
6. *Campagne pour Mettre un Terme aux Fistules*. <http://www.unfpa.org/fistula/>

La campagne de lutte contre les fistules promeut un traitement rapide des fistules, ainsi qu'une meilleure compréhension et intégration des femmes qui en souffrent. Le FNUAP finance des études dans des pays d'Afrique pour identifier l'ampleur du problème et développer les capacités et les compétences des services de santé à réparer les fistules.¹ Au Bangladesh, où 70 000 femmes vivent avec une fistule, le FNUAP et le gouvernement bangladais sont en train d'établir un Centre de Réparation des Fistules, qui fera office de centre de formation pour l'Asie du Sud.²

La septicémie puerpérale

Les mères qui font l'expérience d'un accouchement difficile, sans accès à des services de santé hygiéniques, sont prédisposées à des infections après l'accouchement. La septicémie puerpérale est l'une des principales causes de mortalité maternelle parmi les adolescentes.³ Le risque de septicémie puerpérale ou d'infection post-partum augmente en cas d'accouchement long ou bloqué.

Paludisme

Les femmes qui tombent enceintes pour la première fois sont plus vulnérables aux parasites du paludisme. Dans une étude menée au Mozambique, plus d'un quart des adolescentes mortes durant ou après l'accouchement sont mortes du paludisme – leur taux de mortalité associé à cette maladie était deux fois supérieur à celui des femmes plus âgées.⁴ Les adolescentes, mères pour la première fois, contaminées par le VIH, encourent encore plus de risques. Le contrôle du paludisme dans la grossesse est basé sur une stratégie à trois volets incluant une gestion des cas, des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) ainsi qu'un Traitement Préventif Intermittent (TPI).⁵ Un TPI implique l'administration de doses de traitement curatif d'un médicament antipaludéen efficace à des intervalles prédéfinis durant la grossesse. Le Partenariat Roll Back Malaria – RBM – (Faire Reculer le Paludisme) demande également à ce que l'utilisation des MII soit encouragée parmi les femmes enceintes dans toutes les zones où le paludisme est endémique. Des études menées au Kenya et en Thaïlande ont mis en évidence que les MII peuvent réduire le risque d'infection paludéenne chez les femmes enceintes et réduire l'anémie. Toutefois, les adolescentes étaient les moins susceptibles de continuer à utiliser les moustiquaires tout au long de leur grossesse.⁶

VIH et SIDA

Dans certaines régions d'Afrique du Sud-est et d'Afrique centrale, 20 à 30 % des jeunes filles et des femmes enceintes sont contaminées par le VIH, ce dernier progressant également rapidement en Asie du Sud-est. Une femme enceinte qui connaît son statut VIH peut prendre particulièrement soin d'elle, recevoir un soutien approprié, et prendre des mesures pour prévenir la transmission à son bébé. L'accès aux conseils de professionnels, aux tests et aux traitements antirétroviraux (TAR) devenant possible, les jeunes filles et les femmes enceintes seront une priorité. Il est important de veiller à ce que les mères adolescentes soient incluses dans les programmes de conseils et de tests et que les adolescentes enceintes et les mères séropositives soient incluses dans les régimes TAR et qu'elles se voient donner des conseils ou des alternatives d'alimentation appropriées pour le nourrisson afin de réduire le risque de transmission de mère à l'enfant. ■

1. FNUAP et EngenderHealth. 2003. *Fistule Obstétrique. Rapport d'Évaluation des Besoins. Découvertes dans Neuf Pays Africains.*
2. FNUAP. 2003. *Fistule Obstétrique. Feuille d'Information : Fistule Obstétrique – Briser le Silence.*
3. OMS. 2004. *Grossesses des Adolescents, Questions de Santé et de Développement des Adolescents.*
4. Granja A et al. 1998. *Mortalité maternelle liée au paludisme dans le Mozambique urbain.* Ann Trop Med Parasitol 92: 257–263.
5. Partenariat Roll Back Malaria. 2005. *Roll Back Malaria. Plan Stratégique Global 2005–2015.*
6. OMS. 2004. *Grossesses des Adolescents, Questions de Santé et de Développement des Adolescents.*

Facteurs sociaux et économiques – un cercle d'exclusion

Les grossesses non désirées des adolescentes sont liées aux privations sociales. Être pauvre et défavorisé peut être une cause et une conséquence d'une grossesse. Pour les jeunes filles non mariées, dans certains pays, un accouchement précoce peut générer le rejet et mettre un terme à l'éducation. Une adolescente ayant été rejetée, ne pas être capable de s'assumer, et d'assumer son bébé. Les conséquences sociales et économiques des grossesses des adolescentes sont vastes pour les adolescentes elles-mêmes, pour leur bébé et pour la société. Elles ont beaucoup d'importance pour les politiciens. Ces questions sont seulement traitées rapidement ici, le présent document se concentrant sur les questions de santé.

Abandon de l'éducation et route vers la pauvreté

Les adolescentes enceintes peuvent abandonner l'école en raison d'espérances sociales, de rejet, ou parce qu'elles sont expulsées quand leur grossesse est connue. Même quand les pays ont des règles permettant de maintenir les jeunes filles enceintes à l'école, la pression sociale peut les pousser à partir. Au Chili, le Ministère de l'Éducation recommande que les adolescentes enceintes restent à l'école, mais beaucoup sont incitées à partir.¹ Au Kenya, jusqu'à 10 000 jeunes filles par an quittent l'école à cause de leur grossesse.²

Grossesses répétées et pauvreté

Une adolescente ayant une grossesse non désirée est vulnérable à d'autres grossesses non voulues. Des études menées en Amérique Latine ont mis en évidence que les mères adolescentes les plus jeunes avaient un intervalle plus court jusqu'à leur grossesse suivante, et avaient plus de bébés dans l'avenir que les mères adolescentes plus âgées.³ La maternité adolescente a été associée à des conditions socioéconomiques défavorables. Au Mexique, 26 % des mères adolescentes vivaient dans la pauvreté, contre seulement 4 % des mères plus âgées. Les jeunes mères, issues de familles pauvres, étaient particulièrement affectées. Une procréation précoce peut engendrer un cercle vicieux de pauvreté. Les adolescentes sont également vulnérables au viol. On estime qu'une adolescente enceinte sur cinq fait l'expérience d'abus physiques.⁴ ■

Exclusion sociale

- Les grossesses des adolescentes sont liées aux privations sociales et au rejet.
- Les adolescentes enceintes sont susceptibles d'être exclues du système éducatif.
- Beaucoup encourent des risques de subir des violences.

1. Centre pour les Loi et les Politiques en matière Génésique. 1999. *Droits des Femmes au Chili* : Shadow Report 14.
2. Pathfinder International. 2002. *Adolescentes – Vue d'ensemble et faits. Une formation compréhensive : services de santé génésique pour adolescents*. Vol 16.
3. Buvinic M. *Les coûts de la procréation des adolescents : données du Chili, Barbados, Guatemala et Mexique*. *Etudes du planning Familial* 1998; 29: 201–209.
4. Parker, B., McFarlane, J. et Soeken, K. 1994. *Abus Durant la grossesse: Effets des complications maternelles et poids de naissance chez les femmes adultes et adolescentes*. *Obstetrics and Gynecology*, 84, 323–328.

Pourquoi les services de santé sont incapables de satisfaire les besoins des adolescentes

Des soins prénataux, à l'accouchement et après la naissance, administrés au bon moment, sont tous décisifs pour une maternité sans risques. La vie des adolescentes ou des femmes enceintes et de leur bébé est mise en danger par un « retard de trois jours », voire plus :¹

- ◆ retard à reconnaître des complications et rechercher des soins
- ◆ retard à se rendre à un centre de soins médicaux approprié
- ◆ retard à recevoir des soins de bonne qualité dans un centre

Retard dans la demande de soins

Le fait de tarder à demander des soins peut être dû au manque de connaissances, à la pauvreté, au manque de pouvoir pour prendre des décisions, au manque d'argent, ou à des facteurs culturels incluant les concepts locaux de maladie.² En règle générale, les adolescentes recherchent des soins tard, et en reçoivent moins. Une jeune adolescente peut ne pas savoir qu'elle est enceinte, et est moins susceptible d'identifier un saignement vaginal dans une grossesse précoce comme un signal de danger.³ Les jeunes filles enceintes manquent de connaissances sur les services existants, sur le moment où les soins doivent être demandés et sur la façon de trouver des soins au bon moment. Des jeunes filles enceintes non mariées peuvent se sentir embarrassées à l'idée de demander de l'aide auprès de fournisseurs de services critiques et portant des jugements. Pour les adolescentes mariées, la décision de rechercher, ou de ne pas rechercher, des soins prénataux peut être prise par le mari, la belle-mère ou d'autres membres de la famille du mari.

Les mères adolescentes moins susceptibles de recevoir des soins qualifiés

Family Health International a examiné des données provenant de 15 pays en voie de développement afin de savoir quelles mères recevaient ou non des soins. Il en est ressorti que :

- dans 7 pays sur 15, les adolescentes âgées de moins de 19 ans étaient significativement moins susceptibles que les femmes âgées de 19 à 23 ans de recevoir des soins prénataux qualifiés,
- dans 7 pays sur 15, les adolescentes âgées de moins de 19 ans étaient significativement moins susceptibles que les femmes âgées de 19 à 23 ans de recevoir des soins obstétricaux qualifiés,
- dans 5 pays sur 15, les bébés nés d'adolescentes âgées de moins de 19 ans étaient significativement moins susceptibles d'être immunisés que les bébés nés de mères plus âgées.

Source : Family Health International. 2003. Reynolds, Wong, Harcum, Toms, Thapa. *Utilisation des Services de Santé Maternelle et Pédiatrique par les Adolescentes dans les Pays en Voie de Développement*. Rapport basé sur des données d'Enquêtes Démographiques et Sanitaires (FDHC) provenant de 15 pays.

1. OMS. 2003. *Morts maternelles disproportionnellement élevées dans les pays en voie de développement*. Communiqué.
2. OMS 2002. *Un cadre pour assister les pays dans le développement et le raffermissement des plans et programmes de santé nationaux et de district en matière de santé génésique*.
3. Stevens-Simon C, Roghmann K et McAnarney E. 1991. *Saignements vaginaux précoces, soins prénataux tardifs, et faute d'observation des grossesses d'adolescentes*. *Pediatrics*, 87, 838-840.



Une jeune fille enceinte se fait vacciner dans le cadre de ses soins prénataux. AP Photo/Ron Heflin

Souvent, les services de santé ne satisfont pas les besoins des adolescentes enceintes. Les soins peuvent ne pas être disponibles aux endroits où les jeunes filles enceintes vivent ou bien être inaccessibles. Les coûts peuvent dissuader les adolescentes de demander des soins. Les jeunes filles enceintes ont peu d'argent à elles et dépendent en général du soutien des autres.

Les jeunes filles pauvres,¹ toujours à l'école ou âgées de moins de 18,² ans sont moins susceptibles de se rendre dans une structure de santé. Les adolescentes non mariées des zones rurales sont les moins susceptibles de recevoir des soins prénataux.

◆ Au Népal, les adolescentes mariées des zones urbaines étaient quatre fois plus susceptibles de recevoir des soins prénataux que celles vivant dans des zones rurales.³

◆ Dans certaines régions du Nigeria, les adolescentes non mariées étaient moins susceptibles de demander des soins obstétricaux.⁴

◆ Au Kenya, une jeune fille enceinte sur trois allant à l'école a reçu des soins prénataux.⁵

◆ En Egypte, les adolescentes recevaient moins de soins prénataux et les recevaient plus tard que les femmes plus âgées.⁶

Retard à se rendre dans un centre

L'utilisation des soins médicaux est un comportement acquis. Les jeunes filles qui négligent les soins prénataux sont moins susceptibles d'être préparées pour une urgence avant, durant ou après l'accouchement. Les femmes vivant dans des zones rurales peuvent être à plusieurs kilomètres de marche du centre de soins médicaux le plus proche. Une adolescente enceinte est peu susceptible d'avoir de l'argent liquide pour le transport et les soins,

et sa mobilité peut être réduite par des conventions sociales sur le fait de se déplacer sans être accompagnée. Les adolescentes non mariées peuvent avoir peur d'être rejetées si elles se rendent à une clinique proche.

Retard à recevoir des soins

Les retards en soins obstétricaux peuvent résulter d'un manque de personnel qualifié, d'équipement ou de fournitures. Le personnel peut manquer de compétences ou se montrer réticent à fournir des services à des adolescentes non mariées. Le personnel doit être sensibilisé à se concentrer sur les adolescentes sans les juger, et peut être formé pour fournir des explications claires en utilisant un langage approprié et pour délivrer des traitements de haute qualité.⁷ Les frais demeurent souvent une barrière pour les adolescentes sans revenus. ■

1. Morris D et al. 1993. *Comparaison des retombées des grossesses d'adolescentes, selon des sources de soins prénataux*. The Journal of Reproductive Medicine, 38, 375–380.

2. LeGrand T et Mbacke S. 1993. *Grossesses des Adolescentes et santé de l'enfant dans le Sahel urbain*. Etudes du Planning Familial, 24, 137–149.

3. Mathur S, Malhotra A et Mehta M. 2001. *Aspirations des adolescentes et santé génésique au Népal*. Reproductive Health matters, 9, 91–100.

4. Olukoya P. 1996. *Apport de services de santé génésique pour adolescents – rapport d'une étude menée dans les zones des gouvernements locaux du Nigeria*. Développement et Soins de l'Enfance Précoce, 120, 95–117.

5. Zabin L et Kiragu K. 1998. *Les conséquences sanitaires des comportements sexuels et féconds des adolescents en Afrique Sub-saharienne*. Etudes du planning familial, 29, 210–232.

6. Galal S. 1999. *Comparaison entre les adolescentes (âgées de 15 à 19 ans) et les mères âgées de 20 à 24 ans en Egypte et au Soudan*. Ligue des Etats Arabes – Unité de recherche sur la Population. Conférence Arabe sur la Santé de la Mère et de l'Enfant. 1999.

7. OMS. 2003. *Services de Santé Accueillant envers les Adolescents : Un Programme de Changement*.

De quels soins de santé les adolescentes enceintes ont-elles besoin ?

Pour une expérience de la grossesse, de l'accouchement et de l'après accouchement sans risques, les mères et les bébés ont besoin de soins en continu qui débutent dans le foyer et la communauté et s'étendent jusqu'au système de soins médicaux, incluant un traitement d'urgence si un accouchement se prolonge ou est bloquée. Une attention spéciale peut être nécessaire pour que cette permanence des soins fonctionne pour les adolescentes et leur bébé.

Auto-soins

Les jeunes filles et les femmes enceintes ont besoin d'être bien informées sur la protection de leur propre santé et celle de leur bébé à venir. Pour que l'auto-soin soit efficace, une adolescente enceinte a besoin de connaissances appropriées et des capacités, des moyens et de l'aide nécessaire pour les utiliser. Les adolescentes ont besoin de soutien de la part des membres de la famille, qui prennent souvent les décisions concernant la façon dont la nourriture est partagée et la façon dont les soins médicaux sont demandés, ainsi que de la communauté, où un praticien en soins médicaux ou un accoucheur traditionnel local peut enseigner aux femmes enceintes quels sont les signes d'avertissement dans une grossesse. Des facteurs de style de vie importants incluent un régime et une alimentation adéquats, arrêter de fumer, éviter les atmosphères enfumées et ne pas boire d'alcool. Toutes les adolescentes, et en particulier celles qui sont enceintes, ont besoin d'aide pour y parvenir. Une adolescente enceinte nécessite également l'opportunité de se former au sujet de l'immunisation de l'hygiène, de l'alimentation du nourrisson et des soins néonataux ainsi que sur la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), le VIH et le SIDA. Une adolescente enceinte devrait savoir comment, où et quand demander des soins, et devrait établir un plan de naissance (voir soins prénataux ci après). L'information est également importante pour sa famille qui peut s'assurer qu'elle n'effectue pas de travail pénible, ait assez à manger, demande des soins au bon moment et soit protégée des violences domestiques. Les adolescentes vivant une grossesse non prévue ne sont probablement pas intégrées aux réseaux sociaux de la communauté pouvant soutenir un auto-soin chez les femmes plus âgées.

La communauté a besoin d'informations pour affronter ces idées fausses culturelles et dangereuses, selon lesquelles, par exemple, un accouchement non assisté est « naturel », ou qu'une femme fait preuve de courage en endurant un accouchement long sans intervention.

Soins prénataux

- Les adolescentes enceintes ont besoin de soins en continu, depuis l'auto-soins jusqu'aux soins dans une structure médicale.
- Les adolescentes ont besoin d'informations et de soutien pour élaborer un plan de naissance.
- Les familles et les communautés ont également besoin d'informations afin de pouvoir soutenir les adolescentes enceintes.

Soins prénataux

Les soins prénataux fournissent l'opportunité de surveiller la santé de la mère et du bébé, de détecter une hypertension, une anémie ou le paludisme, d'administrer une immunisation contre le tétanos, ainsi que des compléments de fers et de nutriments si nécessaire. Les tests de détection des IST et du VIH doivent être proposés tout en apportant des conseils et un traitement approprié, incluant une aide et une action adéquates pour empêcher la transmission de la mère à l'enfant.

L'OMS recommande que les femmes enceintes établissent un plan de naissance¹ afin d'inclure la présence d'un personnel qualifié à la naissance, des soins à domicile après l'accouchement ainsi qu'un plan de secours pour être conduit dans un centre de soins approprié en cas de complications. Le plan doit répondre à des questions telles que comment les frais de transports seront payés et qui accompagnera la femme enceinte. Une adolescente enceinte a besoin d'aide de la part de sa famille ou de la communauté afin qu'elle ait, qu'elle comprenne et qu'elle soit prête à agir selon ce plan.

Une adolescente âgée de plus de 16 ans, heureuse d'être enceinte, bénéficiant de soutien social, de la présence d'un personnel de soins obstétricaux qualifié et d'un plan de naissance couvrant les urgences, n'encourt pas de risques additionnels et n'a pas besoin de soins prénataux différents de ceux des femmes enceintes plus âgées.² Une étude menée en Inde a mis en évidence que les adolescentes mariées, mères pour la première fois, qui retournaient chez leurs parents durant la grossesse et l'accouchement, ne rencontraient pas de plus grandes difficultés que les mères plus âgées.³

Les adolescentes enceintes manquant de bonnes informations, mal préparées à la naissance et sans contact avec les services de santé sont les plus susceptibles d'avoir besoin d'aide. Les adolescentes non mariées âgées de moins de 18 ans et vivant une grossesse non désirée sont moins susceptibles d'avoir un soutien social. Une adolescente mariée peut également ne pas avoir accès aux soins.

Accouchement

Une mort maternelle sur quatre dans les pays en voie de développement a lieu durant le travail ou l'accouchement.⁴ L'OMS recommande une assistance de la part d'un personnel qualifié en matière d'accouchement, tel qu'une sage-femme, un médecin ou une infirmière, ayant été formé à la gestion des grossesses, des accouchements ainsi que de la période postnatale immédiate, et à l'identification, la gestion et le transfert des femmes souffrant de complications ainsi que leur nouveau-né.⁵

Besoin de personnes qualifiées

- Plus d'une mort maternelle sur quatre dans les pays en voie de développement intervient durant le travail ou l'accouchement.
- Des personnes qualifiées peuvent organiser un transfert rapide dans un centre de soins obstétricaux d'urgence.
- Les adolescentes enceintes vivant en zones rurales sont les moins susceptibles d'avoir des personnes qualifiées à leur côté durant l'accouchement.

1. OMS. 2003. *Grossesse, Accouchement, Soins Post-partum et Soins du Nouveau-né : Un guide de pratiques essentielles.*

2. Organisation mondiale de la Santé. 2004. *Grossesses des Adolescentes.* Questions de Santé et de Développement des Adolescents.

3. Sundari T. 1993. *L'éducation sanitaire peut-elle améliorer les retombées de la grossesse ?* Rapport d'une campagne action-éducation de base. *Journal of Family Welfare*, 39, 1-12.

4. Koblinsky M et al. 2000. *Questions de Mise au Point de Programmes pour une Maternité Sans Risques.* MotherCare Arlington.

5. OMS. 2004. *Rendre la grossesse plus sûre : le rôle décisif d'un personnel qualifié.* Une déclaration jointe de l'OMS, l'ICM et FIGO.

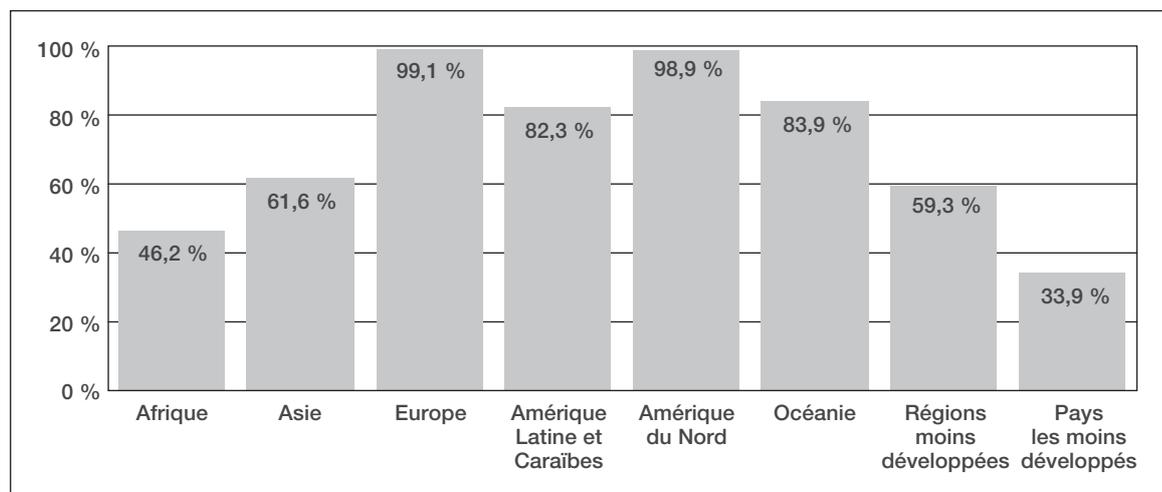
La personne la plus appropriée est une femme ayant des compétences de sage-femme vivant près de la communauté, qualifiée pour fournir des soins préventifs, détecter un état anormal chez la mère et l'enfant, assister les femmes tout au long du travail et de la naissance et pouvant prescrire des médicaments essentiels.¹ Lorsque des complications se présentent, les personnes fournissant des soins de sage-femme doivent pouvoir gérer des mesures d'urgence, obtenir une assistance médicale ou transférer les femmes dans une structure de soin appropriée. Pour un certain nombre de raisons, les aides traditionnelles à la naissance (traditional birth attendants : TBA), ne sont pas définies comme des aides qualifiées par l'OMS, la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO).² La recherche indique qu'une formation supplémentaire des TBA n'a pas contribué à une réduction de la mortalité maternelle.³ Toutefois, il est reconnu que les TBA sont la seule source de soins disponible pour certaines femmes durant la grossesse, et que beaucoup de femmes se tournent vers les TBA si elles ne peuvent pas avoir accès ou n'ont pas les moyens de payer des soins administrés par des médecins ou des sages-femmes. Par le biais de la stratégie d'aide qualifiée,⁴ les TBA peuvent agir comme des conseillers, encourageant les femmes à rechercher des soins auprès de personnes qualifiées, fournissant une aide sociale, en tant qu'accompagnatrice, durant et après l'accouchement et offrant un soutien moral et émotionnel, particulièrement aux très jeunes femmes, qui sont mal préparées et apeurées.

Les adolescentes n'encourent en général pas de risques supplémentaires durant l'accouchement s'il se déroule sans problèmes et que des mesures préventives appropriées ont été prises. Les tentatives de prédire quelles mères vivront des accouchements difficiles font preuve de peu de précision. Plutôt que d'essayer de prédire les problèmes, le besoin le plus décisif est de reconnaître les signes de détresse et d'effectuer un transfert rapide vers un centre de soins obstétriques spécialisé.

Dans les pays en voie de développement en général, seules six femmes sur dix qui accouchent sont assistées par une personne qualifiée (la figure 3 montre que la moyenne pour les régions moins développées est 59,3 % des naissances). Ce chiffre descend à moins de la moitié

Figure 3 :

Proportion des naissances durant lesquelles une personne qualifiée est présente pour des femmes âgées de 15 à 49 ans par régions – estimations de 2005.



Source : OMS 2005. Personne qualifiée présente à la naissance – estimations globales de 2005, Monitoring et évaluation de l'OMS.

1. OMS. 1998. Journée Mondiale de la Santé. Maternité Sans Risques. Assurer la Présence de Personnes Qualifiées à l'Accouchement (WHD 98.6).
2. OMS. 2004. Rendre la grossesse plus sûre : le rôle décisif d'un personnel qualifié. Une déclaration jointe de l'OMS, l'ICM et FIGO.
3. Sibley L et Snipe T. 2004. Qu'est-ce que les méta-analyses nous révèlent sur la formation des aides traditionnelles à la naissance et les retombées des grossesses ? Midwifery; 20:51-60.
4. OMS. 2004. Action globale pour la présence de personnes qualifiées auprès des femmes enceintes.

Où sont les adolescentes qui accouchent sans la surveillance d'un personnel qualifié ?

Les mères adolescentes sont moins susceptibles d'avoir une personne qualifiée présente à leur côté au moment de la naissance, mais les différences entre les pays sont plus significatives que les différences d'âge. En 1998 et 1999 en Inde, 31 % des adolescentes et 35 % des femmes plus âgées ont accouché dans un centre reconnu.¹ Au Bangladesh, ces chiffres étaient de 6,7 % pour les adolescentes et 8,9 % pour les femmes plus âgées.¹ Au Népal, les différences entre les villes et les campagnes sont plus significatives que les différences d'âge prises individuellement – 13 % des adolescentes vivant en zone rurale ont accouché dans un hôpital ou une institut, contre 71 % des adolescentes vivant à la campagne. Toutefois, l'âge demeure également un facteur significatif. En Egypte, seules 11 % des femmes âgées de 20 à 24 ans, mais 73 % des adolescentes, ont accouché à la maison.² En Egypte, les TBA ont accouché 39 % des bébés nés de femmes âgées de 20 à 24 ans, mais 60 % de bébés nés d'adolescentes.³

1. Jejeebhoy S. Données non publiées citées par l'OMS. 2003. *Grossesses des Adolescentes : Besoins Insatisfaits et Inactions*.
2. ICRW et EngenderHealth. 2001. *Santé génésique des adolescents au Népal : Utiliser des méthodes participatives pour définir et répondre aux besoins*.
3. Galal S. 1999. *Comparaison entre les adolescentes (âgées de 15 à 19 ans) et les mères âgées de 20 à 24 ans en Egypte et au Soudan*. Ligue des Etats Arabes – Unité de recherche sur la Population.

des femmes qui accouchent en Afrique (46,2 % des naissances), et à une femme sur trois qui accouche dans les pays les moins développés (33,9 % des naissances).

Soins après la naissance

Beaucoup de morts maternelles interviennent car la mère souffre d'un saignement incontrôlé après l'accouchement (hémorragie post-partum). Presque un quart de toutes les morts obstétriques sont dues à une hémorragie.¹ L'hémorragie post-partum est souvent un facteur associé aux morts officiellement listées comme provenant d'autres causes. La moitié des morts maternelles intervient dans les 24 heures qui suivent la naissance et 70 % ont lieu dans l'espace d'une semaine. Les soins post-partum sont nécessaires pour diagnostiquer et traiter les complications, et peuvent être une opportunité pour apporter des conseils sur des questions telles que la contraception et l'alimentation du nourrisson. Toutefois, les soins post-partum sont encore moins bien développés que les soins prénataux. Lorsque des données sont disponibles, elles ne suggèrent pas que les mères adolescentes reçoivent des soins post-partum dans une moindre mesure que les femmes, mères pour la première fois, plus âgées, mais elles indiquent le besoin d'améliorations générales. Au Zimbabwe, 43 % des mères adolescentes et au Ghana 56 % reçoivent des soins post-partum, mais ce chiffre chute à environ 33 % au Soudan, 24 % en Egypte, 18 % en Inde et 16 % en Colombie.² Des études menées dans des pays développés mettent en évidence que les programmes parentaux peuvent améliorer l'interaction mère-enfant, le développement du langage, ainsi que les attitudes et les connaissances parentales.³ Toutefois, il n'existe que peu ou pas de soutien formel pour les jeunes mères adolescentes dans les pays en voie de développement, en particulier pour celles qui ne sont pas mariées. ■

1. OMS. 1996. *Ensemble mère-bébé : Mettre en place une maternité sans risques dans les pays*. Chapitre 5.
2. Jejeebhoy S. 2000. Données non publiées basées sur IIPS et ORC Macro. Cité par l'OMS. 2003. *Grossesses des Adolescentes : Besoins Insatisfaits et Inactions*. (Non publié).
3. Coren E, Barlow J. 2002. *Programmes parentaux individuels et en groupe pour l'amélioration des retombées psychosociales pour les parents adolescents et leurs enfants*. The Cochrane Library, Question 2, 2002. Oxford: Logiciel de Mise à Jour.

Quel genre de programme offre l'opportunité d'avancer ?

Il existe un besoin urgent de programmes ciblant les besoins sécuritaires, médicaux et sociaux des adolescentes qui tombent enceintes. Les adolescentes enceintes encourent des dangers de risques graves pour la santé, l'exclusion social et la perte d'opportunités. Des facteurs négatifs peuvent contribuer à une alimentation pauvre et à une mauvaise santé pour leur bébé et à un cycle de privation d'une génération à l'autre. Les adolescentes, au début de l'âge adulte, ont un besoin particulier de protection. Une réaction compréhensive inclura des soins en continu, tel que mis en avant par l'initiative de l'OMS : Pour une Grossesse à Moindre Risque.¹ Cette stratégie d'amélioration de la santé maternelle et du nouveau-né vise à développer un engagement politique et des partenariats pour étendre la portée des systèmes de santé. Elle encourage le développement de ressources humaines afin que, même dans les zones isolées, les femmes accouchent en la présence d'une personne qualifiée.

Les adolescentes et leurs communautés ont besoin de programmes leur permettant d'apprendre et de pratiquer l'auto-soin, et d'avoir accès aux services de santé de la mère et de l'enfant. En outre, les adolescentes peuvent avoir besoin de :

- ◆ soutien financier pour les soins médicaux et l'alimentation
- ◆ des conseils pour les aider à allaiter
- ◆ de l'aide pour retourner à l'école ou en formation
- ◆ un abri et une aide si elles sont exclues de leur foyer
- ◆ des conseils et des produits contraceptifs
- ◆ une aide pour arrêter de fumer
- ◆ des conseils en matières de possibilités d'adoption, ou d'avortement, lorsqu'il est légal.

Peu de recherches ont été menées dans le cadre des programmes conçus pour améliorer les soins des adolescentes enceintes. Il existe également un manque de données pour estimer si les cliniques spécialisées engendrent de meilleurs résultats. Les adolescentes qui se sont rendues à une clinique obstétrique pour jeunes femmes et adolescentes aux Etats-Unis ont manqué moins de rendez-vous prénataux, ont eu moins recours à la césarienne et ont accouché de plus gros bébés. Elles ont reçu plus de soins de suivi et étaient plus susceptibles d'allaiter et, ultérieurement, d'utiliser des contraceptifs.²

Un programme basé dans le milieu hospitalier au Portugal a offert aux adolescentes enceintes des soins prénataux,³ des soins en continu et des conseils en matière d'alimentation, d'hygiène et de prévention des maladies sexuellement transmissibles. Les adolescentes ayant suivi ce programme ont nécessité moins de soins dans des services d'urgence pédiatrique, et ont donné naissance à de plus gros bébés.

Le Programme de Ressources Maternelles pour les Adolescentes Enceintes aux Etats-Unis a sélectionné des femmes chaleureuses et expérimentées pour fournir une aide sociale par le biais de visites à domicile de 1900 adolescentes, enceintes pour la première fois.⁴ Les points de préoccupation étaient les soins prénataux, la réduction des facteurs de risque (tabagisme, drogue et mauvaise alimentation) ainsi que des transferts facilités vers des services communautaires et médicaux. Les jeunes filles ont reçu de meilleurs soins prénataux, plus tôt.

1. OMS. 2004. *Action pour Rendre la Grossesse Plus Sûre*.

2. Bensussen-Walls W et Saewyc E. 2001. *Soins ciblant les adolescents contre les soins ciblant les adultes pour les adolescentes enceintes à haut risque : Une évaluation des retombées*. Public Health Nursing, 18, 424-435.

3. Silva M, Cabral H et Zuckerman B. 1993. *Grossesses des Adolescentes au Portugal: Efficacité de la continuité des soins administrés par un obstétricien*. Obstetrics and Gynecology, 81, 142-146.

4. Rogers M, Peoples M et Suchindran C. 1996. *Impact d'un programme de soutien social sur l'utilisation des soins prénataux par les adolescentes et retombées des grossesses*. Journal of Adolescent Health, 19, 132-140.

Politiques nationales

Les politiques nationales, les programmes de conseils et d'éducation ainsi que les lois établissent un cadre protégeant les jeunes des relations sexuelles trop précoces, des infections sexuellement transmissibles ou des grossesses non désirées. Les lois nationales établissent dans quelle mesure les adolescentes enceintes peuvent continuer à se rendre à l'école, faire des choix sur l'adoption ou l'avortement, et consentent à des traitements médicaux. Les initiatives nationales peuvent réduire le rejet, encourager les mères adolescentes à améliorer leurs perspectives et leurs choix, et maintenir le père impliqué dans l'éducation du bébé. Les politiques nationales ou régionales définissent le droit des adolescentes aux soins prénataux, durant l'accouchement et après.

- ◆ Le Code de l'Enfance et de l'Adolescence du Costa Rica¹ garantit des soins prénataux et post-partum, des soins pour la santé de l'enfant et en cas de VIH/SIDA pour les adolescentes enceintes.
- ◆ La Politique de Santé Reproductive des Adolescents du Ghana reconnaît le droit des adolescents à des services et des informations en matière de santé sexuelle et Reproductive, incluant la protection contre les avortements à risque.²
- ◆ Le Code des Mineurs de Bolivie garantit des soins prénataux et post-partum aux adolescentes enceintes, ainsi que des services d'accouchement gratuit dans les hôpitaux publics.³
- ◆ La province de Catamarca en Argentine offre des soins prénataux gratuits aux adolescentes enceintes dépourvues d'assurance santé et couvre le coût de la naissance.³

Accueillir les adolescents

- Quelques programmes ciblent les adolescentes enceintes.
- Les services principaux doivent devenir plus accueillants envers les adolescents.

Programmes de prise de contact

Les services pour les adolescentes enceintes vivant en zones rurales devraient faire entrer en contact les services communautaires et cliniques au niveau du village. Les équipes d'assistance devraient identifier les adolescentes enceintes et les faire entrer en relation avec les services de santé. Un travail d'encouragement est nécessaire pour éduquer les maris et les familles, qui agissent comme des obstacles à ces services pour les adolescentes. ■

Bangladesh – programme de prise de contact avec les jeunes mariés

Le Programme d'Apport de Services Ruraux Eclaireur (RSDP) au Bangladesh identifie les couples de jeunes mariés et informe les épouses adolescentes étant enceintes sur les soins prénataux, l'alimentation et l'allaitement. Une plus grande proportion de ces jeunes femmes a un professionnel de la santé présent au moment de la naissance.

Source : Barkat A et al. 1999. *La Stratégie RSDP/Eclaireur du Bangladesh pour les Jeunes Mariés : Résultats d'une Estimation*. Pathfinder Cible les Jeunes Adultes.

1. Le Code de l'Enfance et de l'Adolescence du Costa Rica ainsi que la Loi Générale sur la Protection des Mères Adolescentes peuvent être consultés sur : <http://annualreview.law.harvard.edu/population/children/childrenlaws.htm>
2. Centre pour des Lois et des Politiques Génésiques. 2001. *Femmes du Monde : Lois et Politiques Affectant leur Vie Génésique. Afrique anglophone*.
3. Centre pour des Lois et des Politiques Génésiques. 2001. *Femmes du Monde : Lois et Politiques Affectant leur Vie Génésique. Amérique Latine et Caraïbes*.

Soutien financier durant la grossesse

- ◆ A Bo, en Sierra Leone, les communautés ont levé des impôts avec l'aide du chef local.¹ Le nombre de femmes enceintes souffrant de complications qui se sont rendues à l'Hôpital Gouvernemental de Bo a augmenté. La moitié des femmes remboursait leurs emprunts intégralement, et un tiers en partie.
- ◆ A Ekpoma, au Nigeria, 12 clans ont lancé des fonds de crédit pour les frais de transport, de médicaments, de transfusion sanguine et d'hôpitaux.² Dans la première année, 93 % des 380 prêts ont été intégralement remboursés.
- ◆ Dans l'Uttar Pradesh rural, en Inde, PRIME II et l'ONG Shramik Bharti ont introduit des Partenariats Communautaires pour une Maternité Sans Risques dans 40 communautés près de Kanpur.³ Les comités de santé communautaires enregistraient les femmes enceintes, facilitaient l'accès aux soins, identifiaient des moyens de transport et établissaient des mécanismes de prêts d'urgence.

1. Fofana P et al. 1997. *Promouvoir l'utilisation des services obstétricaux par le biais de fonds de crédits communautaires. Bo, Sierra Leone.* International Journal of Gynaecology & Obstetrics. 59. Supplément 2, S225–S230.
2. Chiwuzie J et al. 1997. *Fonds de crédit d'urgence pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux à Ekpoma, au Nigeria.* International Journal of Gynaecology & Obstetrics. 59. Supplément 2, S231–S236.
3. PRIME Voices 20, 2003. *Inde: Impliquer les Hommes dans des Partenariats pour une Maternité Sans Risques.*

Relier les soins médicaux, les soins sociaux et l'éducation

- ◆ Le Centro de Pesquisas das Doenças Materno-infantis de Campinas (CEMICAMP), à Santa Barbara D'Oeste, Brésil, offre une aide sociale et des soins prénataux.¹ Les adolescentes se joignent à des groupes de soutien pour préparer la naissance et apprennent à s'occuper de leur bébé. Le nombre de jeunes filles recevant des soins prénataux a augmenté d'un tiers.
- ◆ L'Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES), au Mexique, a offert des informations du planning familial ainsi que des conseils durant la grossesse et après la naissance.² Les adolescentes ayant reçu une formation prénatale ou ayant reçu des conseils étaient plus susceptibles d'espacer les naissances suivantes que celles n'en ayant pas reçu (86 % contre 64 %).

1. Díaz M. 2000. *Evaluer le Projet Niveau III : Rechercher l'utilisation et la diffusion des découvertes depuis un projet sur l'amélioration des choix contraceptifs dans le contexte de la santé génésique.* CEMICAMP.
2. Corona E et al. 1988. *Une étude pour Evaluer la Qualité des Soins dans un Modèle Compréhensif d'Apport de Services aux Mères Adolescentes dans un Hôpital de Mexico.* Association Mexicaine d'Éducation Sexuelle.

Soins post-abortifs

- ◆ La Clinique de hauts Risques KA à l'Hôpital National de Kenyatta à Nairobi, au Kenya, soutient les adolescentes ayant accouché ou ayant subi un avortement avec l'apport de conseils en matières d'IST, du VIH et du SIDA et de contraception.¹ La clinique entretient des liens avec les écoles et les communautés et possède un service d'assistance téléphonique pour les soins de suivi.
- ◆ Les adolescentes subissant un avortement à la Maternité Escola Assis Chateaubriand à Fortaleza, au Brésil, sont transférées dans un centre pour adolescentes afin d'y recevoir des conseils de professionnels formés aux besoins des adolescentes.² Parmi celles ayant subi un avortement, 56 % ont poursuivi l'utilisation de contraceptifs pendant au moins un an.

1. Herrick, J. 2002. *Programme de Soins Post-abortifs pour les Adolescentes (PAC). Cibler les Jeunes Adultes.* YARH Briefs N° 5.
2. OMS. 2003. *Grossesse des Adolescentes : Besoins non Satisfaits et Inactions.*

Centre pour Femmes de Jamaïque – les mères adolescentes retournent à l'école

En 1978, Le Programme de Centre pour Femmes pour les Mères Adolescentes a été établi en Jamaïque, en réaction aux niveaux élevés de grossesses d'adolescentes. Le programme ciblait les jeunes filles âgées de 12 à 17 ans ayant abandonné l'école en raison de leur grossesse. Le Centre les aidait à poursuivre leur éducation, et les encourageait à retourner à l'école après la naissance de leur bébé et à retarder une deuxième grossesse.



Jeunes adolescentes scolarisées dans un centre WCJF.

En 1991, le programme est devenu le Centre pour Femmes de la Fondation Jamaïcaine (WCJF), agissant sous les auspices d'un ministère gouvernemental.

Le WCJF cible l'éducation, la formation et les orientations développementales, de meilleurs niveaux d'emploi et de productivité ainsi que le report de futures grossesses. En avril 2004, plus de 30 000 jeunes filles avaient été aidées à sept centres WCJF et six stations de prise de contact. Les jeunes filles avaient approfondi leur compréhension de la santé Reproductive et avaient appris comment prendre soin d'elles et de leur bébé. Après deux trimestres, la plupart sont retournées à l'école.

Une étude de 1996 a mis en évidence que la moitié des jeunes filles ayant suivi le programme n'avaient eu qu'un enfant. La période d'attente moyenne jusqu'au deuxième enfant était de 5,5 ans. Une évaluation menée en 1997 a mis en évidence que le programme avait touché 51 % des jeunes filles ayant accouché avant l'âge de 16 ans. Les enfants en âge d'aller à l'école des jeunes filles qui avaient suivi le programme du WCJF étaient tous à l'école et, parmi les filles qui avaient elles-mêmes atteint l'adolescence, aucune n'était tombée enceinte.

« Le programme aide les adolescentes à retarder la deuxième grossesse. Il fournit un service de crèche de jour où les mères peuvent laisser leurs enfants tandis qu'elles continuent à se rendre à l'école ou à effectuer leurs activités ».

**DR SHEILA CAMPBELL-FORRESTER,
AUTORITÉ DE SANTÉ DE L'OUEST, JAMAÏQUE**

Le Code d'Education Jamaïcain a été réformé pour permettre aux adolescentes enceintes et mères de poursuivre leur éducation. Le centre prépare les jeunes filles en dernière année pour leur examen scolaire et a été admis par le Ministère de l'Education comme centre d'examen. Les jeunes filles affirment que le WCJF leur a appris à s'estimer et à estimer leur bébé. L'une d'elles raconte : « Le Centre pour Femmes a réellement changé ma vie. (Il) m'a appris à penser : Vous êtes une femme. Vous avez un enfant. Vous avez un objectif ».

Sources : McNeil P. 1998. *Prévenir une deuxième grossesse chez les adolescentes en soutenant les jeunes mères*. Dr Sheila Forrester, Directrice Régionale, Autorité de Santé de l'Ouest, Montego Bay. 2003. Interview personnelle. Family Health International. 1996. *Etude de Cas du Centre pour Femmes de la Fondation Jamaïcaine*. Mme Beryl Weir, Directrice Exécutive, Centre pour Femmes de la Fondation Jamaïcaine. 2004. Correspondance personnelle.

Conclusions et déclarations de consensus

Un Groupe de Travail Technique de l'OMS réuni en 2003 a examiné le rôle des soins de santé, des communautés ainsi que d'autres secteurs dans le cadre de la satisfaction des besoins des adolescentes enceintes et de leur bébés. Les experts ont élaboré des déclarations de consensus soulignant les principes importants du ciblage des besoins et du comblement des fossés dans la recherche.

Cadre légal et politique

- ◆ Modifier les lois et les politiques afin de permettre aux adolescentes de porter et de s'occuper de leur bébés sans compromettre leur opportunités d'éducation ou de travail.
- ◆ Modifier les lois d'adoption afin de faciliter l'adoption de bébés nouveau-nés d'adolescentes, en particulier pour les très jeunes adolescentes, qui ne souhaitent pas les garder.
- ◆ Veiller à ce que les systèmes d'enregistrement des naissances encouragent les très jeunes adolescentes ainsi que celles qui ne sont pas mariées à enregistrer leur bébé.
- ◆ Modifier les lois des familles afin de reconnaître les droits et les responsabilités des pères adolescents et veiller à ce que les enfants d'adolescentes non mariées ne perdent pas leurs droits d'héritage, etc.
- ◆ Empêcher la vente de tabac et d'alcool aux adolescents.

Systèmes de Soins Médicaux

- ◆ La plupart des interventions sont appropriées pour toutes les femmes, en particulier dans une perspective biomédicale, mais des approches ou des modes de soin particuliers sont nécessaires pour cibler le contexte social et culturel des grossesses d'adolescentes. Un système de soins médicaux réactif aux besoins des adolescentes, sera réactif aux besoins de toutes les femmes.
- ◆ Les très jeunes adolescentes, âgées de 15 ans ou moins, ont besoin d'être prises en charge différemment par le système de soins médicaux, indépendamment d'autres facteurs démographiques, tels que le mariage. Prendre des mesures pour veiller à ce que les systèmes de santé soient en contact avec toutes les très jeunes adolescentes enceintes.

Secteurs non médicaux formels et informels

- ◆ Les grossesses des adolescentes sont une responsabilité sociétale, nécessitant une approche multisectorielle collaborative. Le rôle joué par les secteurs non médicaux¹ doit être reconnu et des ressources allouées en conséquence.
- ◆ Le lien entre les grossesses des adolescentes et la pauvreté doit être reconnu.
- ◆ Les grossesses durant l'adolescence devraient être reconnues comme des problèmes concernant les hommes et les femmes.
- ◆ Les adolescentes enceintes ont besoin de protection contre la discrimination et les abus.
- ◆ Des interventions de protection et de soutien de la part d'institutions et de services non médicaux doivent être orientés vers les adolescentes enceintes.

1. Les secteurs non médicaux incluent l'éducation, le bien-être social, les organes législatifs, le pouvoir judiciaire, les autres ministères gouvernementaux (enfance, jeunesse et famille, sports, loisirs et culture), les médias, les cercles culturels et religieux, le lieu de travail et les organisations salariales, les partis politiques, les ONG, les organisations communautaires et d'autres groupes de la société civile.

Mère et bébé

- ◆ Les interventions profitant aux mères adolescentes profitent en général à leur bébé nouveau-né également.
- ◆ Les droits des adolescentes enceintes et du bébé nouveau-né doivent être protégés. Des interventions politiques appropriées pour s'attaquer aux barrières sociales, culturelles et religieuses au sein des communautés ont besoin d'aide de la part d'autres secteurs formels, tout comme le système de soins médicaux.

Famille et communauté

- ◆ Une adolescente enceinte a besoin d'être autonomisée pour pouvoir prendre soin d'elle et pouvoir préserver sa santé et celle de son nouveau-né.
- ◆ Il est important d'impliquer les communautés et les familles dans la conception, la mise en place et l'évaluation des activités pour réduire la mortalité maternelle chez les adolescentes.
- ◆ Les familles et la communauté peuvent soutenir ou s'opposer ; l'implication de la communauté est décisive à la viabilité du soutien aux adolescentes enceintes.

Participation des adolescentes

- ◆ Les jeunes eux-mêmes font partie de la communauté et devraient être impliqués dans la conception et l'apport de services.
- ◆ La qualité des informations fournies est très importante. Décider du contenu des informations et de l'ensemble des compétences nécessite l'implication des jeunes.

Manques de recherches en relation avec les adolescentes enceintes

Le Groupe de Travail Technique a identifié un besoin de meilleures données sur :

- ◆ Les adolescentes et leur état psychologique, en particulier les très jeunes adolescentes,
- ◆ Les maladies et la mortalité maternelles des adolescentes,
- ◆ Ce que les adolescentes veulent et ce dont elles ont besoin comme type de soutien,
- ◆ Ce que les adolescentes pensent des mariages et des grossesses précoces,
- ◆ Comment les adolescentes enceintes se voient offrir des choix entre avoir leur bébé, avorter ou le faire adopter, et comment elles font de tels choix.

Il existait également un besoin pour :

- ◆ Evaluer l'efficacité des programmes dans les pays en voie de développement,
- ◆ Evaluer les modèles de soins sociaux qui ciblent les adolescentes enceintes,
- ◆ Assembler des données sur les approches intersectorielles de la programmation,
- ◆ Clarifier la façon de rendre les services « accueillants pour les adolescentes »,
- ◆ Fournir une approche basée sur les droits afin de réduire la mortalité maternelle,
- ◆ Apprendre comment réduire la violence et les abus sexuels contre les adolescentes enceintes,
- ◆ Apprendre quels programmes sont efficaces dans le report de la première ou de la deuxième grossesse,
- ◆ Evaluer si les services de santé des écoles sont rentables,
- ◆ Développer de meilleures façons d'entrer en contact avec les jeunes ayant abandonné l'école,
- ◆ Trouver un moyen d'impliquer les hommes et évaluer si une différence se fait sentir,
- ◆ Déterminer si et comment le rôle des médias peut devenir plus positif.

Les besoins non satisfaits des adolescentes enceintes

Entre 14 et 15 millions de jeunes filles et de femmes accouchent chaque année, ce qui représente plus de 10 % des naissances mondiales. En raison d'inquiétudes au sujet des niveaux élevés de grossesses non désirées parmi les adolescentes, et d'infections sexuellement transmissibles, de VIH et de SIDA, beaucoup de pays ont mis en place des programmes visant à retarder le début des relations sexuelles précoces et de réduire les niveaux élevés de grossesses d'adolescentes.

Toutefois, les grossesses d'adolescentes sont toujours courantes, et l'OMS considère le soin des adolescentes enceintes, un accouchement sans risques ainsi que le soin de leur bébé comme un secteur de besoin qui n'a pas été ciblé de façon adéquate. Les adolescentes représentent 15 % du fardeau mondial de handicaps pour la condition maternelle, et 13 % de toutes les morts maternelles.

Les 5 et 6 août 2003, l'Organisation mondiale de la Santé, avec l'aide du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), a convoqué un Groupe de Travail Technique composé d'experts, à Genève, afin de trouver des moyens de contribuer aux cibles du Millénaire pour le Développement pour réduire la mortalité maternelle, par le biais d'interventions spécifiques pour les adolescentes enceintes, et les bébés nés d'adolescentes. Le groupe d'experts a examiné des messages clés, les meilleures pratiques et les stratégies les plus efficaces, et a identifié des écarts dans la recherche nécessitant d'être comblés.

Un document de travail résumant et examinant des informations de recherches et de programmes du monde entier, *Grossesses des Adolescentes : Besoins Insatisfaits et Inactions*, ainsi qu'un document de l'OMS subséquent, *Grossesses des Adolescentes, Questions sur la Santé et le Développement des Adolescentes* (2004. Documents de Base sur l'Adolescence) sont disponibles sur le site de l'OMS : www.who.int/child_adolescent_health/documents/adolescent/en/index.html

Le présent document est conçu pour attirer l'attention des politiciens et des gestionnaires de programmes sur le besoin d'améliorer les soins administrés aux adolescentes enceintes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de soins médicaux. Ce faisant, ils peuvent contribuer aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, mieux lier les services aux adolescentes, et prendre des mesures qui amélioreront la santé maternelle des femmes de tous les âges.



**Organisation
mondiale de la Santé**



UNFPA

