

DOCUMENT 1 : La grossesse à l'adolescence: un enjeu social d'envergure

Mme Anne Quéniart, professeure au département de sociologie.

Anne Quéniart et Shirley Roy, professeures au département de sociologie, viennent de recevoir une subvention de recherche du PAFARC¹ afin d'analyser un projet d'intervention communautaire auprès de jeunes mères qui vivent une situation de grande pauvreté. La recherche se mènera en partenariat avec le Service d'intégration à la collectivité (SIC), un organisme à but non lucratif implanté dans le quartier La Petite Patrie, qui oeuvre dans le domaine de l'hébergement jeunesse tout en travaillant au développement de ressources d'aide auprès de jeunes en difficulté provenant de milieux défavorisés.

Les données du problème Selon Anne Quéniart, «la grossesse à l'adolescence, chez des jeunes vivant dans l'isolement et la pauvreté, constitue un enjeu social d'envergure puisqu'il s'agit là d'un phénomène en croissance au Québec, et ce depuis plusieurs années». En fait, souligne-t-elle, de 1980 à 1993, le nombre de grossesses chez les 14-17 ans est passé de 12,6 à 20,1 pour mille, ce qui représente une augmentation de 60 % (Gouvernement du Québec, 1997).

Par ailleurs, des études récentes démontrent que les conditions de vie de ces jeunes sont particulièrement difficiles, surtout quand ils proviennent de milieux défavorisés. À une absence de ressources économiques et matérielles, s'ajoutent la faiblesse des réseaux familiaux et l'instabilité résidentielle. Les jeunes mères vivent donc leur expérience de maternité dans des conditions qui ne favorisent nullement l'apprentissage de leur nouveau rôle et le développement de leur autonomie affective et financière. «Aussi la question du logement, soutient Anne Quéniart, au sens de lieu physique et de milieu d'appartenance dans lequel peuvent se développer des relations sociales supportantes, représente un problème majeur».

Objectifs et retombées de la recherche

Le projet de recherche de Mmes Quéniart et Roy s'inscrit dans un contexte bien précis. Ainsi, le SIC, avec quelques partenaires du quartier La Petite Patrie, a développé un projet d'appartement supervisé permettant aux jeunes mères et à leurs bébés de vivre dans un lieu stable et sécuritaire, facilement accessible et qui tient compte de leurs revenus. La recherche vise un triple objectif: 1) analyser le cheminement, en termes de besoins, d'attentes et de perceptions, des mères adolescentes sélectionnées par les intervenants du SIC pour résider dans les logements supervisés; 2) analyser le cheminement de jeunes pères, notamment des partenaires des jeunes mères du projet; 3) analyser le modèle d'intervention de l'organisme. «Offrir un hébergement supervisé, un type de ressource inexistant dans ce quartier, explique Mme Quéniart, est non seulement une innovation mais répond à un besoin urgent et plusieurs fois exprimé par les jeunes et les intervenants».

Selon la chercheuse, les résultats de la recherche devraient permettre au SIC et à ses partenaires de saisir les véritables attentes, besoins et perceptions des jeunes mères et des jeunes pères afin de réajuster le tir; de réfléchir sur les modèles d'intervention qui soient le plus adaptés à ces jeunes; de mieux connaître les caractéristiques sociales et familiales des mères, ainsi que leurs habiletés à solutionner les difficultés et les problèmes qu'elles rencontrent.

Les deux chercheuses vont également soumettre une demande de subvention auprès du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS).

Site de L'UQAM BRANCHÉ Volume XXV Numéro 3, 13 OCTOBRE 1998

<http://www.unites.uqam.ca/medias/JOURNAL/9899/JOURNAL/3/30.htm>

(Page consultée le 1^{er} décembre 2002)

DOCUMENT 2 : Jeunes

Combien y a-t-il de grossesses chez les adolescentes à Montréal-Centre ?
Pour bien évaluer le phénomène de la grossesse à l'adolescence, il est important de considérer non seulement le nombre de naissances de mères de moins de 18 ans mais également le nombre d'avortements spontanés (fausses-couches) et celui d'interruptions volontaires de grossesse (avortements). En effet, il suffit d'analyser les données d'hospitalisations chez les adolescentes pour constater l'importance du phénomène.

À Montréal-Centre, on estime que le taux de grossesse était de 28 p. 1 000 chez les jeunes filles de 14 à 17 ans entre 1992 et 1993. Cela représente 2 168 grossesses dont 70% ont été interrompues volontairement, 25% ont été portées à terme et 5% ont abouti à une fausse couche (1).

Il s'agit d'un taux légèrement plus élevé que la moyenne québécoise. Le taux de grossesse pour les jeunes filles du même âge étant de 20 p. 1 000 en 1993 dans l'ensemble du Québec (2).

Notes et références:

(1) Compilation spéciale de Madeleine Rochon, MSSS, 1996.

(2) Rochon, M. Taux de grossesse à l'adolescence, Québec, 1980 à 1993. Région sociosanitaire de résidence, 1992-1993. Service de la recherche, Rapport interne, 18 Août 1995.

Personne ressource:

Hélène Riberdy

Direction de la santé publique

Le 22 avril 1997.

<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/Montreal/jeunes/grossesse.html>

(Page consultée le 3 décembre 2002)

DOCUMENT 3 : Grossesse à l'adolescence

Comité de la médecine de l'adolescence,

Société canadienne de pédiatrie (SCP)

La prévention de la grossesse

Les médecins ont un rôle important à jouer dans la prévention des grossesses non planifiées chez les adolescentes. Les médecins de première ligne doivent discuter avec leurs patientes des décisions à prendre dès le bas âge et les appliquer à toutes les questions touchant la sexualité, le choix personnel, la pression des pairs, la pratique de la sexualité en toute sécurité et la contraception, en tenant compte du développement de l'adolescente. Ce concept est particulièrement important pour les adolescentes qui présentent un retard du développement, une incapacité ou une maladie chronique. Les adolescents des deux sexes susceptibles de s'engager dans une activité sexuelle précoce doivent être conseillés sur les méthodes de contraception. Les adolescentes à risque de pratiquer des relations sexuelles non protégées comprennent: celles qui vivent des problèmes familiaux;

celles dont les mères ont été enceintes durant leur adolescence;
celles qui ont une puberté précoce;
celles qui ont été victimes d'abus sexuels;
celles qui s'absentent fréquemment de l'école ou qui manquent de motivation;
celles qui ont des sœurs devenues enceintes durant leur adolescence;
celles qui consomment de l'alcool, des drogues et qui fument;
celles qui vivent dans les maisons de groupes, les centres de détention ou dans la rue.

Le diagnostic

Le diagnostic précoce de la grossesse est essentiel afin de permettre à l'adolescente d'envisager un maximum de solutions et afin d'initier des soins prénatals permettant de poursuivre la grossesse si elle le décide. De piètres soins prénatals sont la cause majeure du taux élevé de complications chez les adolescentes de 15 à 19 ans. Ce taux est davantage élevé chez les plus jeunes.^{2,3}

Ce diagnostic précoce est souvent difficile à faire, car plusieurs adolescentes nient, même à elle-même, la possibilité d'une grossesse. Les irrégularités menstruelles du début de l'adolescence peuvent également masquer une grossesse. Celles qui présentent ce type d'irrégularités, accompagnées de nausées, de vomissements ou de fatigue doivent être interrogées sur la possibilité d'une grossesse et dépistées en conséquence.

L'analyse de laboratoire peut diagnostiquer une grossesse bien avant qu'elle soit décelable à l'examen physique. La bHCG sérique peut être positive quelques jours seulement après la conception. De simples tests effectués en cabinet, tel l'HCG monoclonal dans l'urine, sont positifs dix jours après la conception. Un examen pelvien bimanuel doit être effectué pour tenter d'établir l'âge gestationnel. L'ultrason peut également être utilisé. Ces tests ne sont pas des substituts à une anamnèse appropriée.

La prise en charge de l'adolescente enceinte

En faisant l'histoire de cas de l'adolescente enceinte, le médecin doit :
s'enquérir des effets physiques et émotifs de la grossesse chez l'adolescente;
déterminer la connaissance qu'a la patiente des options possibles et ce qu'elle pense de ces choix;

envisager les complications;

étudier le risque de VIH, le statut à l'école et l'hébergement;

établir le réseau de soutien de l'adolescente (par exemple : à qui a-t-elle confié qu'elle était enceinte? Comment ces personnes ont-elles réagi?), ainsi que ses objectifs personnels et académiques futurs.

Le médecin qui ne peut conseiller une adolescente enceinte sur toutes les options possibles a la responsabilité de la référer (ainsi que son partenaire, si elle en fait la demande) vers un établissement capable de le faire. L'information sur les services disponibles au sein de la collectivité (et si nécessaire, à l'extérieur de la région) est essentielle.

Afin de minimiser les risques pour l'adolescente enceinte, la Comité de médecine de l'adolescence de la Société canadienne de pédiatrie recommande que les médecins :
conseillent les adolescentes enceintes sans les juger sur leurs choix possibles face à la grossesse;

tentent de protéger l'adolescente contre toute décision forcée concernant ses choix face à la grossesse;

respectent le droit de la patiente à la confidentialité personnelle et médicale;

aident la patiente à établir un réseau de soutien pouvant inclure ses parents, le père du bébé, les professeurs et le personnel infirmier en santé publique;

conseillent les personnes de ce réseau de soutien et leur indique la façon d'aider le mieux possible l'adolescente enceinte;
fassent des rendez-vous de suivi;
s'assurent que les patientes référées à un autre médecin ou service ont respecté leur rendez-vous.

Options

Bien que le temps soit un facteur important car certains choix ne sont plus possibles après la premier trimestre de la grossesse, l'adolescente ne doit pas être contrainte de prendre une décision hâtive. Toute confusion, hésitation ou pression provenant d'autres personnes doivent être prises en considération. Les médecins doivent se rappeler que peu d'adolescentes choisissent de confier leur bébé en adoption et parmi celles qui prennent cette décision, beaucoup changent d'idée après la naissance du bébé. Pour être certaine de sa décision, la mère hésitante doit pouvoir bénéficier d'un contact avec le bébé.

Les médecins doivent également se rappeler que l'adolescente enceinte souhaite faire le «bon» choix. Il peut être utile de rassurer la patiente en lui disant par exemple : «Lorsque la grossesse n'est pas planifiée, il n'y a pas de choix parfait. Tout ce qu'il faut faire, c'est trouver ce qu'il y a de mieux pour toi à ce moment-ci. Peu importe l'option choisie, c'est peu probable qu'elle te semble la bonne à 100 %.»

Les options disponibles à l'adolescente enceinte comportent divers risques médicaux. Un avortement thérapeutique précoce représente le risque le plus faible; un avortement entre 16 et 20 semaines comporte un risque modéré; un accouchement naturel comporte le risque le plus élevé de morbidité et de mortalité.^{4,5}

Counseling pour l'adolescente qui décide de poursuivre sa grossesse

Les soins prénatals doivent débuter dès que possible. Si le médecin qui assure le counseling n'assure pas les soins obstétricaux, il peut renseigner la patiente sur les façons de choisir une pratique ou une clinique qui puisse le mieux satisfaire ses besoins physiques et émotifs. La patiente doit rechercher un praticien qui lui parlera du tabagisme, de la consommation d'alcool, d'abus des drogues, des MTS, de la nutrition et de l'allaitement maternel, et qui fera de la prévention.

La médecin doit:

référer la patiente aux ressources appropriées : les maisons de naissance, les centres de consultation, les sages-femmes, les groupes de soutien;
encourager l'adolescente enceinte à poursuivre son éducation afin de mettre toutes les chances de son côté et de réduire l'isolement de la part de la société;
encourager les programmes scolaires pour les adolescentes enceintes et les jeunes mères au sein de la communauté;
assurer le counseling afin de prévenir une autre grossesse non désirée;
fournir des soins en ne perdant pas de vue que l'adolescente puisse changer d'idée après la naissance du bébé;
référer un service d'adoption qui fournira du counseling et assurera du support;
rester en contact avec les mères qui gardent leur bébé et avec celles qui le confient pour adoption.

Counseling auprès de l'adolescente qui planifie un arrêt de sa grossesse

La patiente qui a décidé de mettre un terme à sa grossesse a besoin :
d'information concernant les détails de l'intervention
de conseils préventifs sur les conséquences émotives : peine, soulagement, colère, etc.
;

d'être référée à des services médicaux et chirurgicaux appropriés; de rendez-vous de suivi, y compris une revue des complications, par exemple, un saignement excessif, de la fièvre, des crampes après les premières quarante-huit heures, ainsi que des pertes anormales, des inquiétudes d'ordre physique et émotif. et l'acceptation de la contraception.

Résumé

La grossesse comporte des risques d'ordre physique et psychosocial pour l'adolescente. Par le counseling et la traitement, le médecin qui traite l'adolescente doit tenter de prévenir une grossesse indésirée. Si elle survient, les risques peuvent être diminués par un diagnostic précoce, en offrant une gamme complète de choix thérapeutiques et en supportant sans réserve l'adolescente enceinte. La rôle du médecin inclut les soins médicaux et le counseling, la référence à des services appropriés et le support.⁶ La Société canadienne de pédiatrie reconnaît les questions sociales, d'éthique et religieuses complexes en lieu et reconnaît aux médecins le droit de ne pas participer à tous les aspects du counseling sur la contraception et la grossesse. Cependant, les médecins ont la responsabilité d'assurer que des services complets soient offerts à toutes les adolescentes enceintes.

<http://www.cps.ca/francais/enonces/AM/am94-02.htm>

(Page consultée le 4 décembre 2002)