

UNIVERSITE DE NANTES  
UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES  
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME  
Années universitaires 2016 – 2021

# Maternité des mineures au CHU de Nantes

## Etude observationnelle transversale de 213 patientes de 2017 à 2019

Mémoire présenté et soutenu par :

TERRIER Maud

Née le 06/10/1997

Directeur de mémoire : Dr Emilie MISBERT

## Remerciements

Au Docteur Emilie MISBERT, gynécologue-obstétricien au CHU de Nantes, ma directrice de mémoire, pour son enthousiasme et sa guidance tout le long de ce travail.

A Madame Pascale GARNIER, sage-femme enseignante, pour ses précieux conseils, ses relectures et son investissement pour ce travail.

A mes parents, pour leur implication, disponibilité et soutien, sans qui je n'aurais jamais pu concevoir un jour de devenir sage-femme.

A l'ensemble de ma promotion pour ces quatre années passées ensemble.

## Table des matières :

Remerciements .....	6
Table des matières :.....	7
<b>I- Introduction :</b> .....	1
<b>II- Matériel et méthode :</b> .....	5
<b>III- Résultats :</b> .....	8
<b>III.1 Nombre de grossesse :</b> .....	8
<b>III.2 Age des patientes :</b> .....	9
<b>III.3 Conditions socio-économiques :</b> .....	9
<b>III.3-1 Origines géographiques et culturelles :</b> .....	9
<b>III.3-2 Situation maritale :</b> .....	11
<b>III.3-3 Mode de vie :</b> .....	11
<b>III.3-4 Scolarisation :</b> .....	11
<b>III.3-5 Condition socio-économique selon l'origine culturelle :</b> .....	12
<b>III.4 Co-morbidités maternelles :</b> .....	12
<b>III.4-1 Conduites addictives :</b> .....	12
<b>III.4-2 Violences :</b> .....	13
<b>III.4-3 Antécédents médicaux et gynécologiques :</b> .....	14
<b>III.4-4 Antécédents obstétricaux :</b> .....	14
<b>III.5 Déroulement de la grossesse :</b> .....	15
<b>III.5-1 Grossesse prévue ou non :</b> .....	15
<b>III.5-2 Suivi de grossesse et PNP :</b> .....	16
<b>III.5-3 Les échographies :</b> .....	19
<b>III.5-4 Prise de poids pendant la grossesse :</b> .....	19
<b>III.5-5 Anémie :</b> .....	20

III.5-6 Infection urinaire :	20
III.5-7 Hospitalisation :	20
III.5-8 Complications fœtales :	21
III.5-9 Complications obstétricales :	21
III.6 Déroulement du travail :	22
III.6-1 Durée du travail :	22
III.6-2 Terme :	22
III.6-3 Présentation :	23
III.6-4 Mise en travail :	23
III.6-5 Analgésie :	24
III.6-6 Complications :	24
III.7 Naissance :	25
III.7-1 Voie d'accouchement :	25
III.7-2 Lésion périnéale :	25
III.7-3 Délivrance :	26
III.7-4 Complications :	26
III.8 Le nouveau-né :	26
III.8-1 Adaptation à la vie extra-utérine :	26
III.8-2 Poids en fonction de l'âge gestationnel :	27
III.9 Les suites de couches :	28
III.9-1 Alimentation :	28
III.9-2 Séjour :	28
III.9-3 Condition de sortie :	28
III.9-4 La contraception en post-partum :	29
III.9-5 L'organisation de la visite post-natale :	29
IV- Discussion :	30
IV.1 Analyse obstétricale :	31

<b>IV.2 Facteurs culturels :</b> .....	35
<b>IV.3 Les facteurs socio-économiques et psychologiques :</b> .....	38
<b>IV.4 Analyse des suites de couches et des conditions de sortie :</b> .....	41
<b>IV.5 Propositions :</b> .....	43
<b>V- Conclusion</b> .....	45
<b>VI- Bibliographie :</b> .....	47

## **Glossaire**

ARCF : anomalie du rythme cardiaque fœtal

AVP : accident de la voie publique

CIH : cholestase intra-gravidique

DG : diabète gestationnel

EPN : enquête périnatale nationale

FCS : fausse couche spontanée

HTA : hypertension artérielle

IMC : indice de masse corporelle

IMG : interruption médicale de grossesse

IVG : interruption volontaire de grossesse

LAM : liquide amniotique méconial

LAS : liquide amniotique sanglant

LAT : liquide amniotique teinté

MAP : menace d'accouchement prématuré

MIU : mort in utero

PAG : petit poids pour l'âge gestationnel

PMA : procréation médicalement assistée

PMI : protection maternelle et infantile

RCIU : retard de croissance intra-utérin

RPM : rupture prématurée des membranes

RSM : rupture spontanée des membranes

SA : semaine d'aménorrhée

TGV : Transposition des gros vaisseaux

UGO : urgences gynécologiques et obstétrique

VB : voie basse

## **I- Introduction :**

En France, la grossesse chez l'adolescente est considérée comme une situation particulière qui soulève des problèmes médico-psycho-sociaux posant des questions sur la contraception, l'interruption de grossesse ou encore la capacité à devenir mère. En effet, ces patientes peuvent être vulnérables et vivre une expérience les fragilisant au-delà du risque de précarité sociale et du manque de ressource financière. Il est donc essentiel d'apporter une prise en soin adaptée à ces jeunes femmes.

D'un point de vue épidémiologique, il a été montré, depuis plus de 30 ans, une diminution de la prévalence des grossesses précoces en France, notamment grâce à l'accès plus facile à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. En 2018, une publication de l'INSEE<sup>1</sup> estimait le nombre de naissances chez les adolescentes sur le nombre total de naissance à 1,2 % (les grossesses précoces étaient définies dans cette publication comme les naissances de mères avant l'année de leurs 20 ans). Cette publication montrait également un taux de 1,1 % de maternités précoces dans la région des Pays de la Loire.

Avant de définir ce qu'est une grossesse chez l'adolescente aussi appelée grossesse précoce, il est important de revenir sur la définition de l'adolescence. C'est une période de croissance qui contient des étapes clés du développement, entre la fin de l'enfance et le début de l'âge adulte. En dehors de la maturation physique et sexuelle, il s'agit par exemple de l'acquisition de l'indépendance sociale et économique, du développement de l'identité, de l'acquisition des compétences nécessaires pour remplir son rôle d'adulte et établir des relations d'adulte. Mais la durée et les caractéristiques de cette période peuvent varier dans le temps, notamment avec différentes définitions selon les cultures et selon les conditions socio-économiques. En 1998, plusieurs instances internationales, dont l'OMS, ont décidé que le terme « adolescent » ferait référence aux individus âgés de 10 à 19 ans.

En France d'un point de vue législatif, il n'existe pas de définition propre de l'adolescence. C'est pourquoi, les études traitant des grossesses chez les adolescentes en France ramènent généralement la limite supérieure à 18 ans, qui est l'âge de la majorité juridique, assimilant donc adolescence et minorité. Nous avons donc choisi cette définition juridique pour notre étude. En effet, d'un point de vue juridique la prise en charge de ces grossesses est différente, bien qu'il soit évident que les problématiques psychologiques, culturelles et socio-économiques posées par la maternité d'une adolescente puissent se prolonger bien au-delà de l'âge de ses 18 ans.

« Le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de 18 ans accomplis » (loi du 5 juillet 1974)

*Victor Hugo "la plus délicate des transitions, l'adolescence, ce commencement d'une femme dans la fin d'un enfant"*

D'après M.Uzan<sup>2,3</sup>, trois profils « types » de grossesses à l'adolescence sembleraient exister :

- **La grossesse dite « culturelle »** : chez les populations d'Afrique sub-saharienne, Roms et Tsiganes : elles sont attendues et programmées. Ces grossesses s'inscrivent généralement dans un projet de couple bien établi.
- **La grossesse par désir d'enfant ou pour combler une carence affective également décrite comme « misérable »** : c'est une grossesse qui survient généralement chez les patientes en grande précarité, ou encore en rupture familiale. La grossesse permet de devenir mère et d'obtenir un statut social. Ce qui permet de bénéficier d'un support familial et social accru et de prestations d'aide sociale.
- **La grossesse dites « prise de risque » ou grossesse « violente »** : cette grossesse est considérée comme un moyen d'attaque de son propre corps : comme les tentatives de suicide ou les troubles du comportement alimentaire. En général, ces grossesses s'inscrivent comme un passage à l'acte survenant dans le cadre d'une sexualité non protégée et à risque. Elles sont souvent découvertes tardivement et mal suivies. Les patientes sont souvent des jeunes filles scolarisées, vivant chez leurs parents. Ceux-ci soutiendront la jeune fille et l'accompagneront vers une IVG si la grossesse est découverte précocement, ou à défaut vers la naissance. Le compagnon est généralement absent ou en fuite.

C. Le Van<sup>4</sup>, sociologue, propose de distinguer cinq types de situations, suite à 28 entretiens avec des jeunes femmes de moins de 20 ans :

- **La « grossesse d'initiation »** : cette grossesse traduit un réel besoin d'être entourée et rassurée sur la stabilité du couple, elle est désirée et attendue et contribue notamment à confirmer l'identité de femme de l'adolescente.
- **La « grossesse S.O.S. »** : cette grossesse est considérée comme un moyen de solliciter le dialogue dans des situations de conflit familial.
- **La « grossesse insertion »** : cette grossesse permet d'acquérir le statut social de mère, elle est le résultat d'une décision mûrement réfléchie.
- **La « grossesse identité »** : la grossesse n'est pas implicitement programmée, mais la jeune fille adopte un comportement à risque, la grossesse est mise sur le compte du

hasard et de l'accident. Ces jeunes filles n'expriment pas le désir d'enfant mais éprouvent le désir d'être mère.

- **La « grossesse accidentelle »** : la grossesse est involontaire et imprévue, elle survient généralement pour donner suite à un oubli exceptionnel de pilule ou à une rupture de préservatif. Il n'y a aucun désir de grossesse ou désir d'enfant. Seule cette dernière grossesse correspond à un véritable échec.

Ces différents entretiens permettent de montrer l'important décalage que l'on peut retrouver entre la vision de la société sur ces grossesses et la façon dont elles sont vécues par les intéressées.

Selon l'OMS<sup>5</sup>, les grossesses précoces devraient faire l'état d'une surveillance toute particulière. En effet, ces patientes, même si la grossesse est prévue, sont généralement très vulnérables. De plus, il a été montré qu'une grossesse précoce peut accroître les risques pour le nouveau-né comme pour la jeune mère. L'enfant d'une mère âgée de moins de 20 ans est davantage exposé au risque d'insuffisance pondérale à la naissance, de prématurité et de maladie néonatale grave. Quant aux mères adolescentes, elles sont plus exposées au risque d'anémie, d'infection urinaire ou encore de menace d'accouchement prématuré. Mais les risques ne sont pas qu'obstétricaux et néonataux. D'un point de vue psycho-social ces grossesses sont tout autant à risque de marginalisation, de déscolarisation ou encore de rejet familial.

En effet, la grossesse chez l'adolescente est considérée par de nombreux praticiens comme une grossesse à risque, il paraissait donc intéressant d'observer si au CHU de Nantes on retrouvait ce caractère de haut risque, pour pouvoir réfléchir à une meilleure prise en charge, avec un parcours de soin plus adapté.

**L'OMS recommande<sup>6</sup>** : « Il est crucial que les agents de santé bénéficient en permanence d'une formation et d'un soutien appropriés leur fournissant les connaissances, les capacités de réflexion et les compétences requises pour dispenser des soins prénatals, per-partum et postnatals de qualité, adaptés aux adolescentes, conformément au droit de chacun à la santé, à la confidentialité et à l'absence de discrimination ».

Dans les autres pays notamment en Angleterre, il existe un réseau de sages-femmes spécialisées dans les grossesses chez les patientes mineures. Il a pour but une meilleure prise en charge de ces grossesses et par là, un meilleur suivi. A l'échelle locale, au CHU de Nantes, il existe l'UGOMPS qui est une unité médico-psycho-sociale qui permet de recueillir ces patientes pour avoir un suivi coordonné médical et psycho-social. En 2019, 52,3 % des mineures poursuivant

leur grossesse y ont été prises en charge. En effet, cette unité spécifique permet une approche en réseau par un lien avec le Foyer Anjorand ou le HOME. Concernant les femmes migrantes, la coordination du suivi se fait également avec la PASS, Médecin du Monde, l'ASAMLA et diverses autres associations.

Différentes études ont été réalisées sur le sujet, mais essentiellement dans les pays en voie de développement, où ces grossesses précoces y sont plus fréquentes.

L'objectif de ce travail est d'étudier au mieux les grossesses des patientes mineures au CHU de Nantes, d'en évaluer leur fréquence, de pouvoir étudier le suivi pour ainsi préciser les éventuelles conséquences de ces grossesses sur l'avenir maternel, fœtal et néonatal.

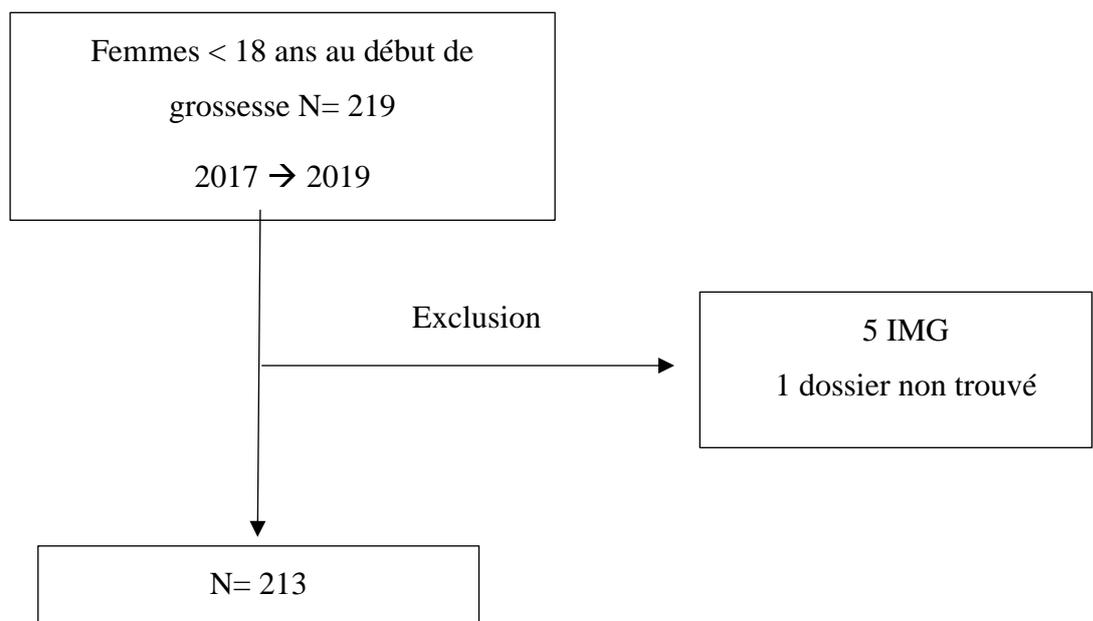
## II- Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une étude rétrospective dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Nantes sur une période de 3 ans, du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2019.

Le recrutement de notre population a été effectué en consultant les registres d'accouchements du CHU de Nantes du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2019. Nous avons inclus toutes les patientes âgées de moins de 18 ans lors de leur début de grossesse.

Nous avons recueilli les données à partir des logiciels périnat et powerchart ainsi que des dossiers papiers des patientes.

### Population étudiée :



*Figure 1 - Diagramme de flux*

Critère d'inclusion : nous avons inclus dans notre population toute jeune femme âgée de moins de 18 ans à son début de grossesse et ayant accouché durant la période choisie.

Critère d'exclusion : nous avons exclu de l'étude, 5 patientes qui ont eu recours à une IMG : 4 pour malformation fœtale et 1 pour contexte psycho-social. Nous avons également retiré un dossier car il ne figurait pas d'issue de grossesse ni dans les « dossiers papier » archivés ni sur le logiciel Périnat Gynéco.

Le masque de saisie, la saisie et l'analyse des données ont été réalisés à partir du logiciel Excel. Nous avons calculé nos effectifs et nos pourcentages ainsi que les moyennes pour les données quantitatives.

D'après la lecture de la littérature, nous avons pu récupérer les données de différentes études traitant du même sujet pour effectuer une analyse comparative avec notre série.

Des tests statistiques de Mann-Whitney, du Chi2 et du Fisher ont été réalisés, pour rechercher des différences significatives sur les divers éléments relevés dans les dossiers reflétant le pronostic obstétrical et social.

Les données socio-économiques maternelles retenues sont celles qui sont recueillies habituellement dans les dossiers obstétricaux :

- Age
- Nationalité
- Scolarisation / Profession
- Mariage, vie en couple, vie seule
- Hébergement / Foyer / 115

Les conduites addictives, les violences subies passées et actuelles ainsi que l'existence de troubles du comportement alimentaire sont également retenues lorsqu'elles sont notifiées dans les dossiers obstétricaux.

Concernant le déroulement de la grossesse, les données recueillies étaient :

- Le terme de la première consultation périnatale au CHU de Nantes.
- Le terme de la première échographie.
- L'existence une organisation du suivi de grossesse par l'UGOMPS.
- La présence d'un suivi régulier ou non, clinique échographique et biologique.
- Hospitalisation ou non pendant la grossesse.

Les complications obstétricales diagnostiquées selon les critères habituels retenus pour toute grossesse, quel que soit l'âge de la mère : MAP, DG, RPM, prééclampsie et HTA.

Les complications fœtales : RCIU/PAG/Macrosomie et MIU

Concernant le déroulement du travail, les variables étudiées étaient :

- Le mode d'entrée en travail
- La couleur du liquide amniotique
- L'utilisation d'ocytocine
- La durée de rupture des membranes
- La présence/absence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal
- La présence/absence d'une hyperthermie

Pour l'accouchement nous avons récolté : le terme, la voie d'accouchement, la présence d'une analgésie, le type de lésion périnéale ainsi que la présence d'une extraction instrumentale ou d'une dystocie.

Critères néonataux recueillis :

- Prématurité : terme d'accouchement < 37SA
- Poids de naissance : hypotrophie < 3<sup>e</sup> percentile, hypotrophie < 10<sup>e</sup> percentile, eutrophie et macrosomie.
- Recours à des traitements ou hospitalisation de l'enfant

Suites de couche

- Type d'alimentation
- Organisation du suivi à la sortie
- Mise en place d'un suivi spécialisé, parfois en foyer maternel
- Type de contraception

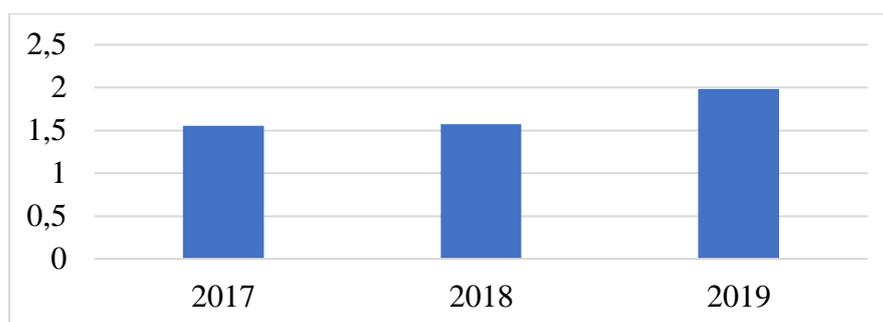
### III- Résultats :

#### III.1 Nombre de grossesses :

Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2019, il y a eu 214 accouchements\* de mineures au CHU de Nantes :

- 63 en 2017
- 65 en 2018
- 86 en 2019

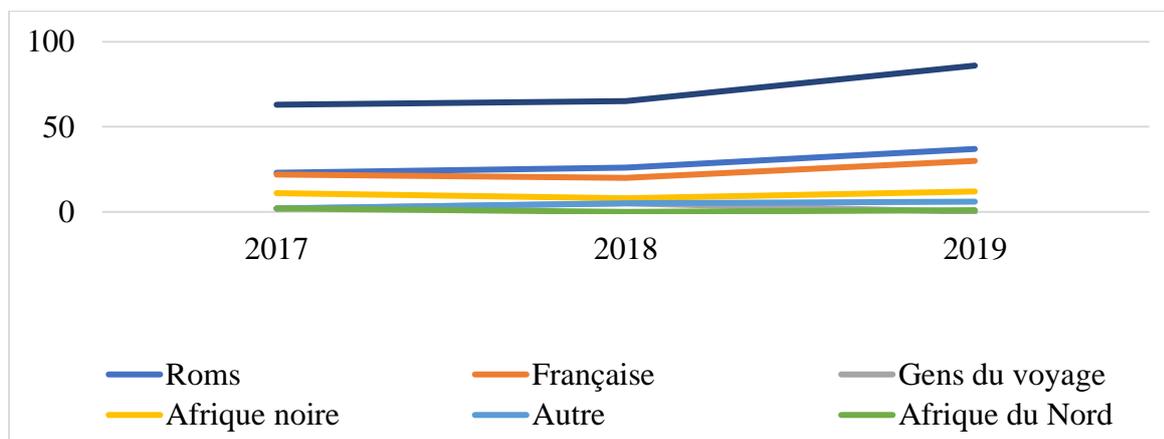
\* : Un dossier n'ayant pas pu être retrouvé, toutes nos analyses s'effectuent sur un effectif de 213 patientes.



Graphique 1 : Évolution de l'incidence en pourcentage de 2017 à 2019

L'incidence depuis 2017 varie entre 1,55 et 1,98 % de tous les accouchements de notre maternité, qui étaient au nombre de 4052 en 2017, 4136 en 2018 et 4335 en 2019.

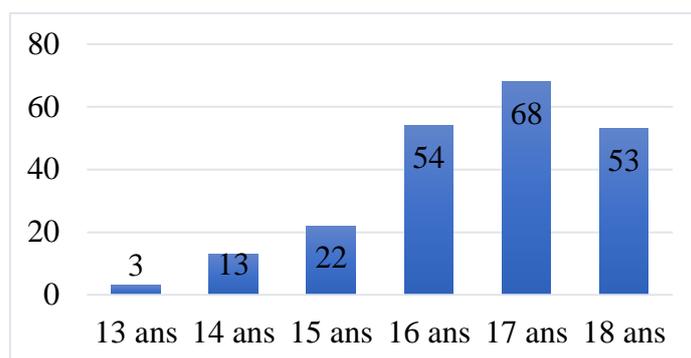
Si on reporte le nombre d'accouchement par an en fonction de l'origine culturelle, on constate une augmentation de toutes les populations en fonction des années, mise à part sur la population des gens du voyage. Le nombre total des accouchements suit la courbe de la population française et Rom qui sont les 2 populations majoritaires sur les années étudiées.



Graphique 2 : Evolution du nombre d'accouchées par an en fonction de l'origine culturelle

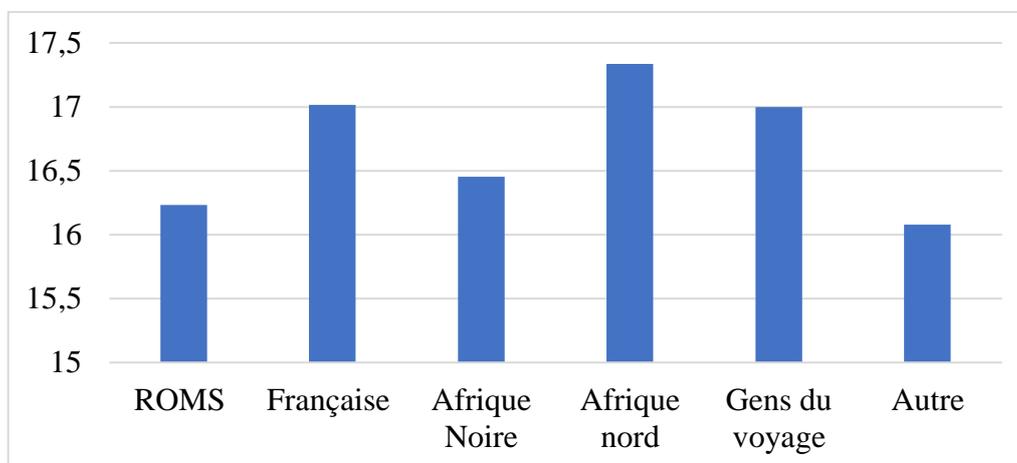
### **III.2 Age des patientes :**

Dans notre population, nous avons 3 patientes âgées de 13 ans (1,4 %), 13 de 14 ans (6,1 %), 22 de 15 ans (10,3 %), 54 de 16 ans (25,3 %), 68 de 17 ans (31,9 %) et 53 de 18 ans (24,8 %).



Graphique 3 : répartition des âges

### **Maternité précoce et origine :**



Graphique 4 : moyenne d'âge en fonction de l'origine culturelle et du pays de naissance

Grâce à un test de Mann-Whitney, nous avons cherché à savoir s'il existait une différence de moyenne d'âge de la grossesse entre les populations de patientes de cultures Roms et Françaises qui sont nos deux populations majoritaires. Avec une p-value = 2,86, il n'existe pas de différence significative entre ces deux moyennes malgré une moyenne d'âge pour les patientes Roms inférieures à celles de la population française.

### **III.3 Conditions socio-économiques:**

#### **III.3-1 Origines géographiques et culturelles :**

La grande majorité des jeunes filles sont de nationalités étrangères, on retrouve :

- 40,4 % de patientes appartenant à la culture Rom (86/213)
- 14,5 % de patientes originaires d'Afrique sub-saharienne (31/213)

- 1,4 % de patientes d’Afrique du Nord : 2 patientes originaires d’Algérie et une du Maroc (3/213)

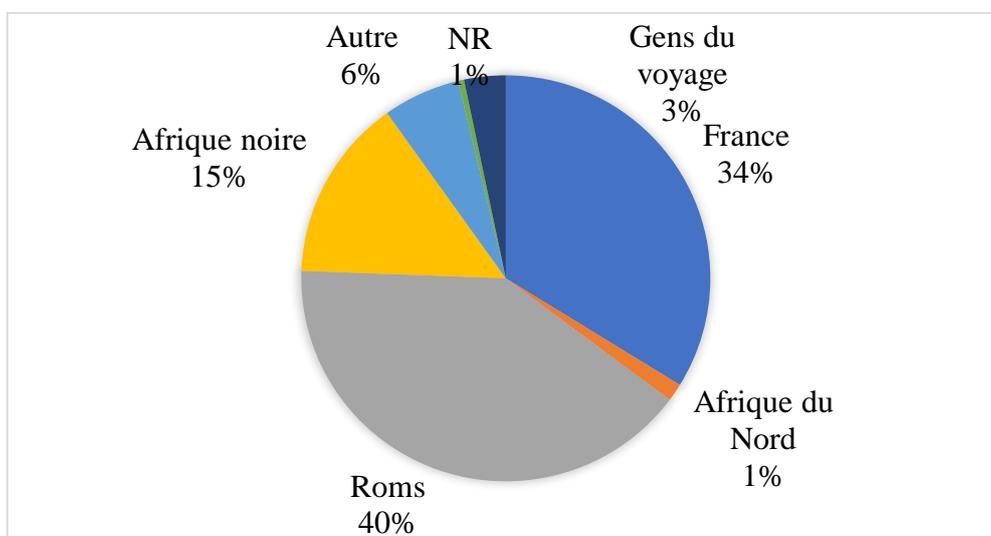
Les jeunes filles de nationalité française représentent quant à elle 37 % de la population (79/213). Cette population contient des sous-groupes d’identités culturelles différentes qui seront analysés ici du fait d’une plus grande maternité chez les mineures dans ces cultures rapportées dans de nombreuses études.

- Les gens du voyage représentent 9,72 % des Françaises (7/79) et 3 % de toutes nos patientes.

Dans la catégorie des patientes d’une autre nationalité, représentant 6,1 % des patientes (13/213), on retrouvait :

- 6 patientes de nationalités Roumaine n’appartenant pas à la culture Rom,
- 2 Italiennes,
- 1 patiente provenant de Géorgie,
- 1 provenant de Haïti,
- 1 venant du Kosovo
- 2 de nationalité Russe.

Cette information n’était pas renseignée dans un dossier, représentant une perte d’information de 0,5 %.



Graphique 5 : Origine culturelle et nationalités

### **III.3-2 Situation maritale :**

28 % des patientes étaient célibataires (59/213), 62 % en couple non mariées (132/213) et 5 % étaient mariées (10/213). Cela n'était pas renseigné dans 12 dossiers.

A noter que les patientes mariées ne l'étaient pas par un mariage civil mais religieux, propre à la culture Roms.

### **III.3-3 Mode de vie :**

49 % des patientes possédaient un logement non précaire (104/213), elles étaient, soit logées chez leurs parents, soit chez les parents du conjoint, soit elles possédaient leur propre logement.

34 % des patientes vivaient en caravane (73/213), il s'agissait de patientes appartenant à la culture Rom ou à celle des gens du voyage.

11 % des patientes étaient logées en foyer (23/213), 5 % (11/213) ne possédaient pas de logement stable et étaient donc logées par l'organisme du 115.

Cette information n'était pas renseignée dans 2 dossiers (1 %)

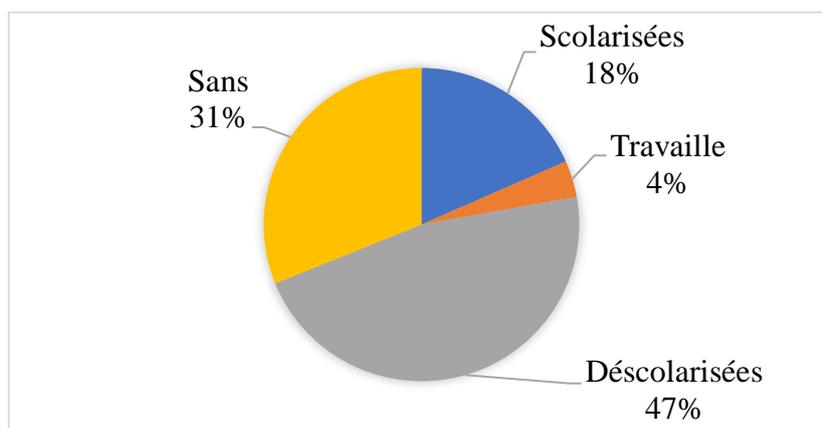
### **III.3-4 Scolarisation :**

46,7 % de nos patientes étaient déscolarisées (99/212\*). Elles ont soit, été déscolarisées avant l'âge de leurs 16 ans, pour les patientes âgées de 17 et 18 ans, soit elles ne l'étaient pas, pour les patientes de moins de 16 ans.

Les patientes sans travail, sont les patientes âgées de plus de 16 ans qui ne vont plus à l'école et n'ont pas d'autre activité, elles représentent 31,1 % de nos patientes (66/212).

18,4 % des patientes sont scolarisées (39/212) et 3,8 % patientes ont une activité professionnelle (8/212).

\* : L'information n'était pas renseignée dans un dossier.



Graphique 6 : répartition de la scolarisation et de l'emploi

### III.3-5 Condition socio-économique selon l'origine culturelle :

<i>Population</i>	<i>En couple</i>	<i>Vivant en Foyer</i>	<i>Déscolarisée</i>
Rom (n = 86)	82,3 % (65/79)	0 % (0/85)	67,4 % (58/86)
France (n = 71)	73,9 % (51/69)	18,3 % (13/71)	30,5 % (22/71)
Gens du Voyage (n = 7)	85,7 % (6/7)	0 % (0/7)	57,1 % (4/7)
Afrique (n = 31)	33,3 % (10/30)	29 % (9/31)	16,1 % (5/31)
Afrique du nord (n = 3)	0 % (0/3)	33,3 % (1/3)	66,6 % (2/3)
Autre (n = 13)	76,9 % (10/13)	0 % (0/13)	61,5 % (8/13)
Totaux	65,6 % (132/201) *	11,4 % (23/211) **	47 % (99/212) ***

Tableau 1 : Condition socio-économique selon l'origine culturelle

\* : L'information n'est pas retrouvée dans 12 dossiers

\*\* : L'information du lieu de vie n'est pas retrouvée dans 2 dossiers

\*\*\* : L'information sur la scolarisation/emploi n'est pas retrouvée dans 1 dossier

On ne note pas de différence significative entre les différentes populations sur la situation conjugale, sur les patientes nécessitant un suivi en foyer et sur la déscolarisation.

Parmi les patientes logées par le 115 on retrouve 8 patientes d'origine africaine, 2 patientes d'origine française et une patiente d'une autre origine.

### III.4 Co-morbidités maternelles :

#### III.4-1 Conduites addictives :

##### **Tabac :**

24,4 % des patientes avaient une consommation active de tabac durant leurs grossesses (52/213). 3,7 % de nos patientes ont arrêté leur consommation dès qu'elles ont su qu'elles étaient enceintes (8/213). Au total, 28,1 % de notre population consommait du tabac avant la grossesse (60/213).

Sur les 8 patientes ayant arrêté leur consommation aucune n'a bénéficié de consultation de tabacologie au CHU de Nantes.

Concernant les patientes fumeuses, 5 ont eu une consultation de tabacologie (9,6 %), 9 ont refusé la consultation de tabacologie (17,3 %) et 38 patientes n'ont pas été informées d'une

possible consultation de tabacologie, ou cela n'est pas transcrit dans le dossier, représentant 73 % des patientes.

**Alcool :**

1,8 % des adolescentes avaient une consommation active d'alcool durant leur grossesse (4/213).

**Autres drogues :**

5,1 % de nos patientes consommaient activement du cannabis durant leur grossesse (11/213).

On note que 2 patientes ont arrêté lorsqu'elles ont appris la grossesse.

À noter, également qu'une patiente consommait de la cocaïne qu'elle a arrêtée à l'annonce de sa grossesse.

On note que l'information sur les conduites addictives n'était pas renseignée dans 5 dossiers, représentant 2,4 %.

**III.4-2 Violences :**

58 patientes ont subi des violences au cours de leur vie, ce qui équivaut à 27,4 % de notre population. Cette information n'était pas renseignée dans 4 dossiers.

Les violences décrites dans les dossiers étaient :

- Des violences intra-familiales dans 21,3 % des cas (13/61), dont 4 ayant nécessité un placement, sans plus d'information.
- Des violences physiques dans 27,9 % des cas, soit par le cercle familial soit par le conjoint.
- Des violences sexuelles dans 18 % des cas (11/61). Dans 18,2 % de ceux-ci (2/11) ces violences étaient incestueuses.
- La fuite d'un mariage forcé dans 4,9 % des cas (3/61).
- Des mutilations sexuelles féminines dans 8,2 % des cas (5/61).

3,3 % des patientes ont fait une tentative de suicide dans leur vie (2/61) et 1,6 % (1/61) a décrit du harcèlement scolaire.

La case violence était cochée sans plus d'information dans 13,1 % des cas (9/61). Dont une patiente qui ne souhaitait pas en parler, représentant 11,1 % (1/9).

De plus, 5 patientes (2,3 %) de notre population avaient un antécédent de troubles du comportement alimentaire.

### **III.4-3 Antécédents médicaux et gynécologiques :**

#### **Indice de masse corporelle :**

La majorité des patientes, 66,7 % (142/213), présentait un indice de masse corporel normal. 11,3 % de nos patientes avaient un IMC < 18 (24/213), 5,2 % étaient en surpoids (11/213), 1,4 % en obésité (3/213) et 1,9 % en obésité morbide (4/213).

Cette information n'est pas renseignée dans 29 dossiers, représentant 13,6 % de perte d'information.

#### **IUR :**

10,8 % de nos patientes faisaient des infections urinaires récurrentes (23/213).

#### **Contraception :**

40,8 % des patientes n'avaient aucune contraception avant la grossesse :

- 47,1 % (41/87) l'avaient arrêtée pour désir de grossesse
- 46,0 % (40/87) n'en prenaient pas mais ne souhaitaient pas de grossesse
- 6,9 % (6/87) des patientes ne prenaient pas de contraception, mais il n'était pas renseigné si la grossesse était prévue.

9,3 % des patientes étaient sous contraception lorsqu'elles ont débuté une grossesse.

- 85 % (17/20) prenaient une pilule contraceptive
- 10 % (2/20) étaient porteuses d'un implant contraceptif
- 5 % (1/20) avaient des rapports avec préservatifs

Cette information n'était pas renseignée dans 108 dossiers soit 50,7 %

### **III.4-4 Antécédents obstétricaux :**

#### **Gestité/Parité :**

L'information n'était pas renseignée dans un dossier.

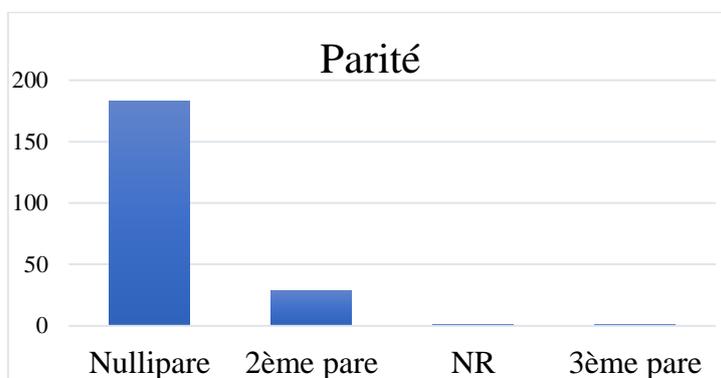
- 70,75 % (150/212) de nos patientes étaient primigeste.
- 23,58 % (50/212) étaient deuxième geste
- 4,25 % (9/212) étaient troisième geste
- 1,42 % (3/212) était quatrième geste. Sur les 3 patientes quatrième geste seulement une seule a déjà accouché.

Sur les 77 grossesses relevées dans les antécédents de 62 patientes multigestes,

- 28,57 % (22/77) étaient des avortements spontanés (FCS) du premier trimestre.
- 28,57 % (22/77) étaient des interruptions volontaires de grossesse (IVG).
- 42,85 % (33/77) étaient des accouchements.

### **Concernant la parité :**

La majorité des patientes (85,9 %) étaient nullipares (183/213).



Graphique 7 : Répartition de la parité

### **III.5 Déroulement de la grossesse :**

#### **III.5-1 Grossesse prévue ou non :**

Cette information n'est pas renseignée dans 46 % des dossiers (98/213).

Quand l'information était renseignée, dans 35,7 % des cas, la grossesse était prévue (41/115).

Chez 64,3 % des patientes (74/115), elle n'était pas prévue, les grossesses sont survenues soit par accident soit par absence de contraception.

#### **Nature de la relation sexuelle à l'origine de la grossesse :**

Dans 98,6 % des cas, il n'est pas précisé si cette grossesse provenait d'un rapport sexuel consenti ou non (210/213).

Pour deux patientes il était renseigné dans le dossier que cette grossesse avait été obtenue : à la suite d'un viol pour l'une, suite à un rapport sexuel était consenti pour l'autre.

### Grossesse prévue en fonction de l'origine culturelle :

<i>Population</i>	<i>Prévue</i>	<i>%</i>	<i>Non prévue</i>	<i>%</i>	<i>Totaux</i>
Roms	18	<b>60,0 %</b>	12	40,0 %	30
France	16	<b>32.7 %</b>	33	67.3 %	49
Gens Du Voyage	2	40,0 %	3	60.0 %	5
Afrique Noire	2	<b>8.0 %</b>	23	92.0 %	25
Afrique du Nord	0	0.0 %	1	100.0 %	1
Autre	3	60.0 %	2	40.0 %	5
Totaux	41	35.7 %	74	64.3 %	115

Tableau 2 : grossesse prévue ou non en fonction de l'origine culturelle

On constate avec une **différence significative** ( $p < 0,05$ ) qu'il y a plus de grossesses prévues chez la population Roms que chez les populations françaises et d'Afrique sub-saharienne.

Nous n'avons observé cette différence que dans ces populations.

#### **III.5-2 Suivi de grossesse et PNP :**

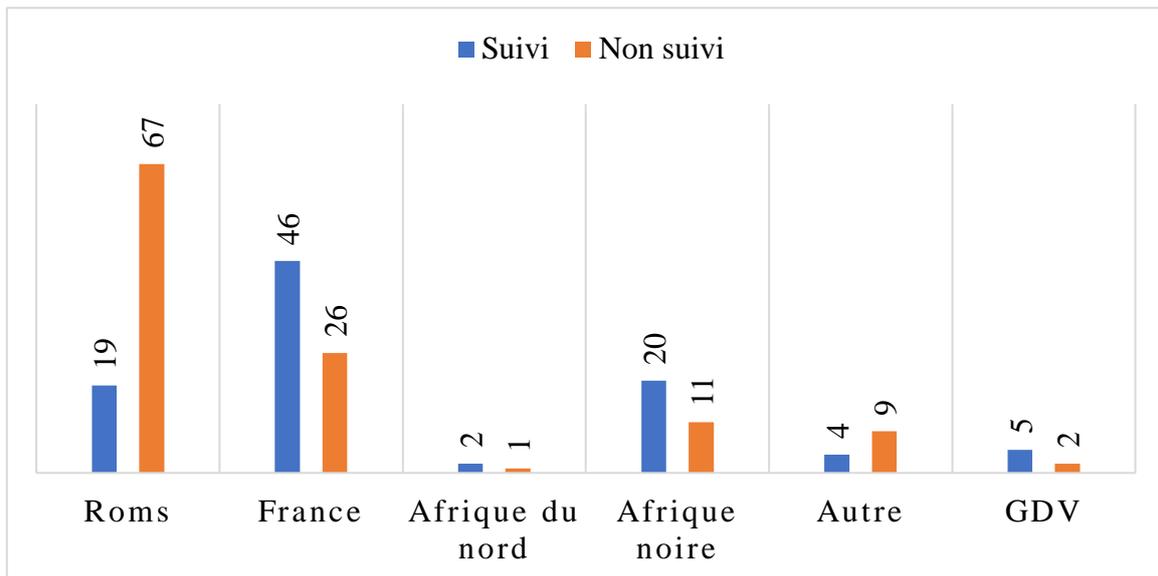
La grossesse n'était pas suivie ou avait un suivi irrégulier dans 54,9 % des cas (117/213), c'est-à-dire qu'il était précisé dans le dossier que la patiente n'avait pas été suivie en dehors du CHU ou n'avait pas été compliant au suivi.

Elles étaient donc suivies pour 45,1 % des patientes (96/213).

10,7 % des patientes ont bénéficié de cours de préparation à la naissance (23/213). Pour 46,9 % (100/213), il était précisé qu'elles n'en avaient pas suivi mais pour 42,2 % des patientes cela n'était pas précisé (90/213).

#### **Suivi de grossesse en fonction de l'origine culturelle :**

Pour 77,9 % des patientes roms (72/86), la grossesse n'était pas suivie contre 36,1 % des patientes françaises (26/72) et 35,5 % des patientes originaires d'Afrique Noire sub-saharienne (11/31). Cette différence n'est pas significative.



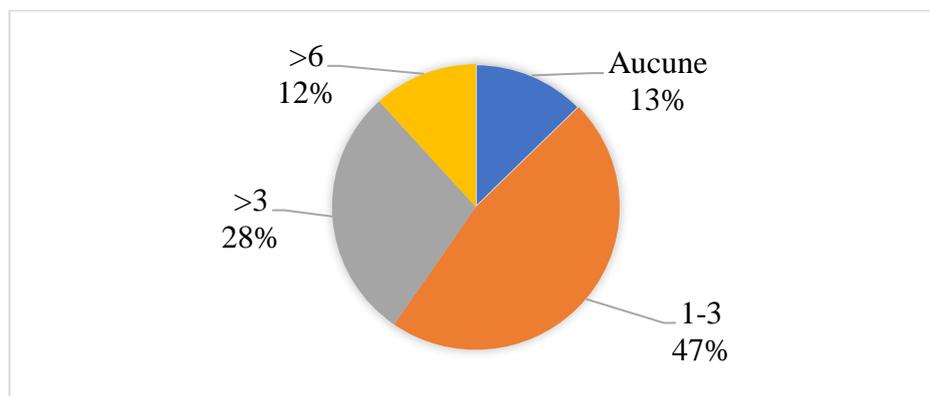
Graphique 8 : suivie de grossesse en fonction de l'origine culturelle

### **Les consultations prénatales au CHU :**

Le terme de la première consultation au CHU de Nantes était en moyenne à 26 + 6 SA. La consultation au plus tard était à 41+1 SA et au plus tôt 5 SA.

Le nombre de consultation moyenne était de 3,2.

On remarque que 13 % des patientes n'ont eu aucune consultation au CHU autre que les urgences gynécologiques (27/213). 47 % des patientes ont quant à elle eu 1 à 3 consultations (100/213).



Graphique 9 : Nombre de consultations au CHU de Nantes excepté les consultations aux UGO

54,9 % des patientes ont été vues à l'UGOMPS au moins une fois, et parmi celles-ci une feuille de parentalité a été réalisée dans 55,5 % des cas.

### **Consultations aux urgences gynécologiques :**

Au total, 68,5 % des patientes ont consulté au moins une fois aux UGO (146/213). Avec un nombre moyen de consultations de 1,92. Le nombre de consultations minimum était d'une et au maximum de 10.

On retrouvait 30 patientes ayant consulté 3 fois ou plus au UGO représentant 20,5 %.

Sur les 281 consultations aux UGO au total, on retrouvait comme majorité de motifs :

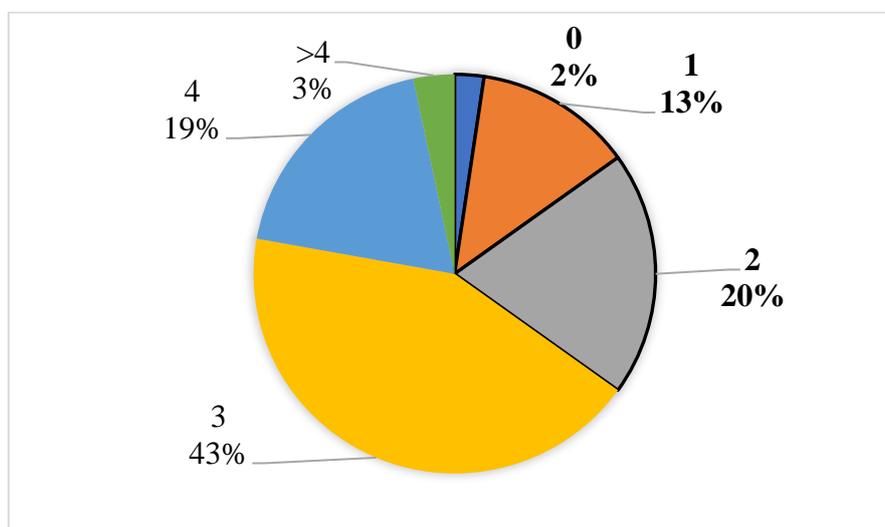
- Des contractions utérines pour 46,26 % des cas (130/281).
- Des douleurs, autres que des contractions utérines dans 16,30 % des cas (46/281).
- Une suspicion de perte de liquide amniotique dans 9,61 % des cas (27/281).
- Une diminution des mouvements actifs fœtaux pour 5 % des cas (14/281)
- Des métrorragies pour 5,3 % des cas (15/281)
- Une infection urinaire ou de la fièvre dans 3,9 % des cas (11/281)
- Une chute ou un accident de la voie publique dans 2,5 % des cas (7/281)
- Des malaises dans 2,13 % des cas (6/281)
- Des signes fonctionnels d'hypertension dans 2,13 % des cas (6/281)
- Des nausées et/ou vomissements dans 1,4 % des cas (4/281)

Pour les autres motifs de consultations, représentant 5,3 % (15/281) nous avons :

- 2 transferts in-utéro
- 2 sans aucun motif de consultation
- 1 pour une hépatite B chronique
- 1 pour un contrôle du rythme cardiaque fœtal
- 1 pour une intoxication au fer
- 1 pour tachycardie maternelle
- 3 pour menace d'accouchement prématuré
- 1 pour un incendie
- 2 pour prurit
- 1 pour des signes fonctionnels digestifs

### III.5-3 Les échographies :

- Pour 5 patientes : aucune échographie n'a été réalisée, équivalant à 2,3 % des patientes.
- Pour 42 patientes : deux échographies ont été réalisées, équivalant à 19,7 % des patientes
- Pour 27 patientes : une échographie a été réalisée, équivalant à 12,7 % des patientes.
- Pour 91 patientes : 3 échographies ont été réalisées, équivalant à 42,7 % des patientes, mais pas forcément aux termes recommandés.



Graphique 10 : Nombre d'échographies durant la grossesse

Le terme moyen de la première échographie était de 17 SA + 6 jours. Avec un terme minimum à 7 SA + 2 jours. La première échographie a été réalisée au plus tard à 40 SA.

On observe une datation tardive c'est-à-dire après 13 SA + 6 jours dans 50,7 % des cas (108/213).

On note 3 malformations fœtales (1,40 %) retrouvées aux échographies : une duplication rénale, une TGV et un kyste au niveau des plexus choroïdes.

### III.5-4 Prise de poids pendant la grossesse :

Quand la prise de poids était renseignée on retrouvait :

- Dans 42,2 % (68/161) une prise de poids inférieure à celle recommandée
- Dans 31,0 % (50/161) une prise de poids équivalente à celle recommandée
- Dans 26,7 % (43/161) une prise de poids supérieure à celle recommandée

Cette information n'était pas donnée pour 52 patientes (24,4 %).

### **III.5-5 Anémie :**

On remarque que 49,3 % de nos patientes ont présenté une anémie < 11g/dL lors du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse.

### **III.5-6 Infection urinaire :**

On retrouve chez 8,2 % (19/213) de nos patientes, des infections urinaires. Parmi ces patientes, 6 avaient dans leurs antécédents des infections urinaires récidivantes.

### **III.5-7 Hospitalisation :**

Il y a eu 57 patientes hospitalisées au cours de leurs grossesses, représentant 26,7 % de notre population.

En moyenne, elles ont eu 1,16 hospitalisation. Avec au maximum 3 hospitalisations.

Les motifs d'hospitalisation étaient en majorité :

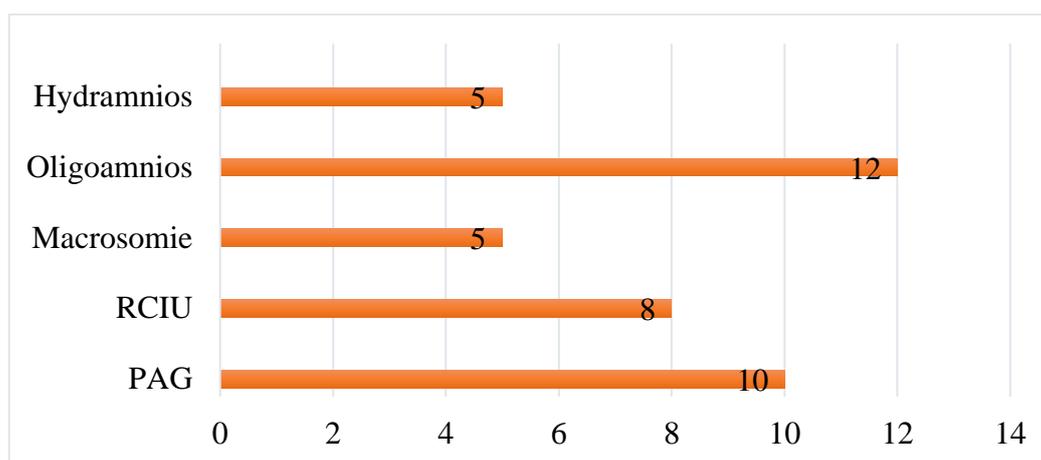
- Une pyélonéphrite aiguë dans 29,82 % (17/57) des patientes.
- Une menace d'accouchement prématuré dans 26,32 % (15/57) des cas
- Des métrorragies chez 4 patientes
- Une rupture prématurée des membranes pour 4 d'entre elles,
- Une diminution des mouvements actifs fœtaux dans 3 cas
- Une anémie 4 fois
- Une pré-éclampsie dans 7 cas
- Une paralysie faciale, une fois
- Le contexte social pour une
- Un AVP dans 1 cas
- Un syndrome grippal, une fois
- Des anomalies du rythme cardiaque fœtal à une reprise
- Une hépatite B chronique pour une patiente
- Un RCIU pour une,
- Une cholestase intra-gravidique pour un cas
- Pour potomanie dans un cas

### III.5-8 Complications fœtales :

Au total 40 patientes auront eu une complication fœtale au cours de la grossesse représentant 18,7 %.

On note respectivement 4,6 % (10/213) de PAG, 3,35 % (8/213) de RCIU dont 4 inférieures au 3<sup>ème</sup> percentile et 4 inférieures au 10<sup>ème</sup> représentant 1,8 %. On remarque également 2,3 % (5/213) de suspicion de macrosomie, 5,6 % (12/213) d'oligoamnios et 2,34 % (5/213) de notre population a présenté un hydramnios au cours de la grossesse.

On note également une mort in utero à 36 SA sans étiologie retrouvée.

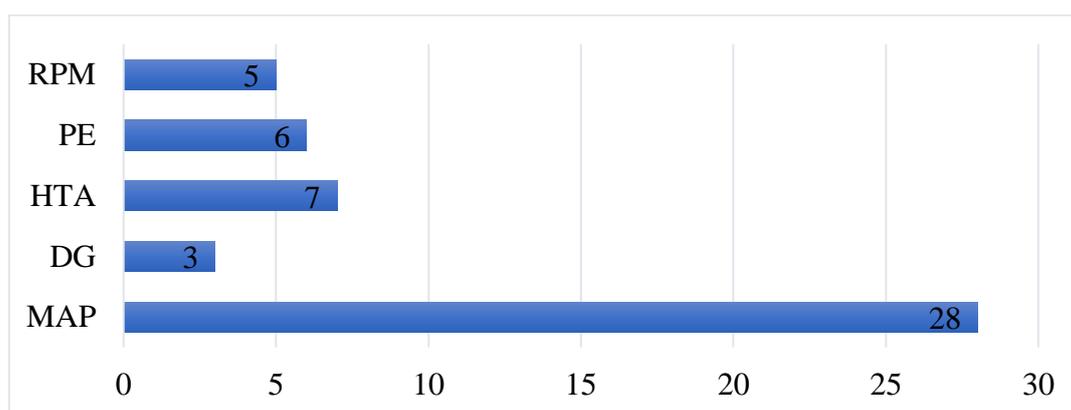


Graphique 11 : Répartition des complications fœtales

### III.5-9 Complications obstétricales :

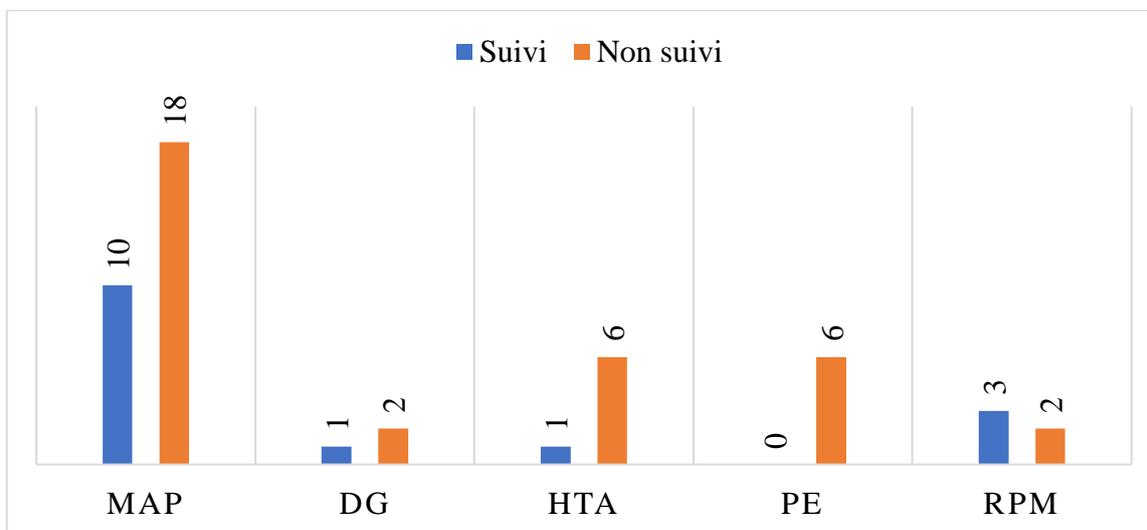
Au total, 49 patientes auront eu une complication obstétricale au cours de la grossesse représentant 23 % des grossesses étudiées.

On décompte donc 13,1 % (28/213) de MAP, 3,2 % (7/213) d'hypertension artérielle, 2,8 % (6/213) de patientes présentant une prééclampsie, 2,3 % (5/213) ayant eu une rupture prématurée des membranes et 1,4 % (3/213) de diabète gestationnel.



Graphique 12 : répartition des complications obstétricales

Nous avons recherché si le fait que la grossesse soit suivie ou non, pouvait avoir un impact sur le nombre de complications obstétricales. Nous avons retrouvé 12,6 % de complications obstétricales chez les patientes non suivies et 5,1 % chez les patientes suivies. Cette différence était significative ( $p < 0,05$ )



Graphique 13 : répartition des complications obstétricales selon le suivi de grossesse

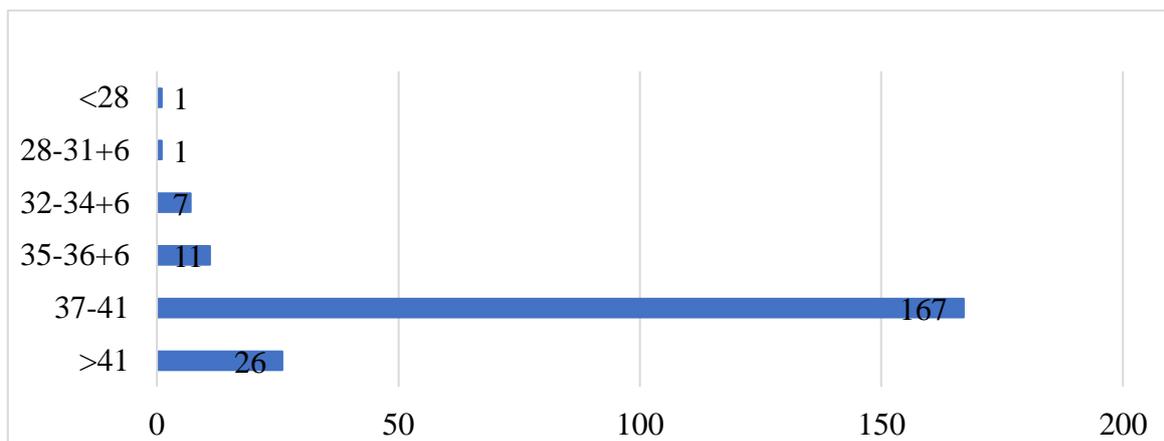
### III.6 Déroulement du travail :

#### III.6-1 Durée du travail :

La durée du travail était en moyenne de 8 heures et 13 minutes.

#### III.6-2 Terme :

La majorité de notre population a accouché à terme ( $\geq$  à 37 SA) correspondant à 78,4 % (167/213). 12,2 % ont accouché après 41 SA (26/213) et 9,3 % (20/213) de patientes ont accouché prématurément, c'est-à-dire avant 37 SA.



Graphique 14 : Terme de la naissance en semaine d'aménorrhée

### Prématurité et tabac :

	Prématurité	%	À terme	%	Totaux
<i>Fumeuse</i>	5	2,4 %	47	22,8 %	52
<i>Non fumeuse</i>	15	7,3 %	139	67,5 %	154
<i>Totaux</i>	20	9,7 %	186	90,3 %	206

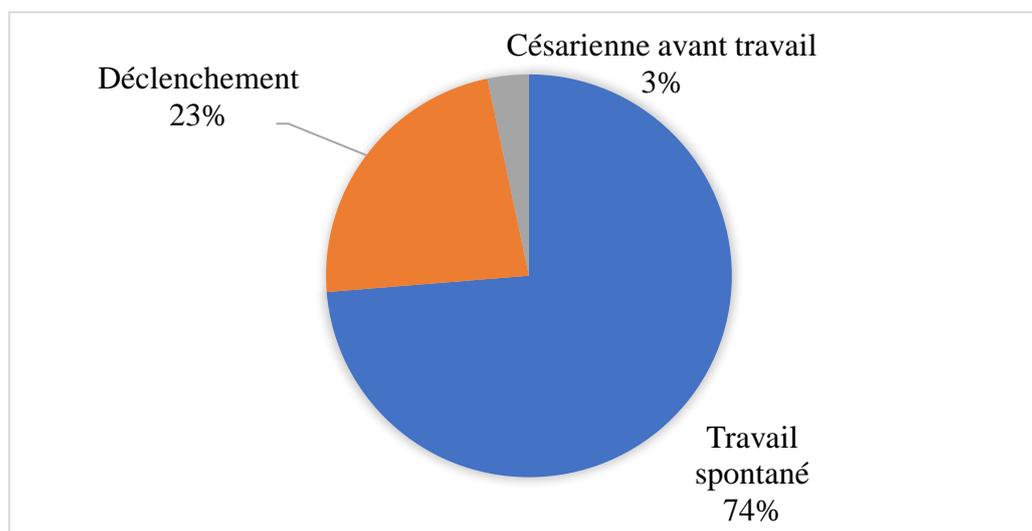
Tableau 3 : taux de prématurité chez les patientes fumeuses ou non

On ne montre pas de différence significative entre le taux de prématurité et d'accouchement) à terme chez les patientes fumeuses contre les patientes non fumeuses.

### III.6-3 Présentation :

96,7 % des nouveau-nés étaient en présentation céphalique (206/213), les autres présentations étaient des présentations du siège correspondant donc à 3,2 % (7/213).

### III.6-4 Mise en travail :



Graphique 15 : mode de mise en travail

157 patientes se sont mises en travail spontanément, 7 patientes ont eu une césarienne avant travail, 2 pour disproportion foeto-pelvienne, 4 pour ARCF et 1 pour prééclampsie. La grossesse a été déclenchée pour 49 patientes.

Concernant les déclenchements, la majorité était indiquée par une rupture spontanée des membranes à terme de plus de 18h, 24h ou 48h représentant 59,18 % (29/49). Les autres

indications étaient : terme dépassé, macrosomie, oligoamnios, RCIU, CIH, prééclampsie, cytolysé hépatique, diminution des mouvements actifs fœtaux à terme, une chorioamniotite.

### III.6-5 Analgésie :

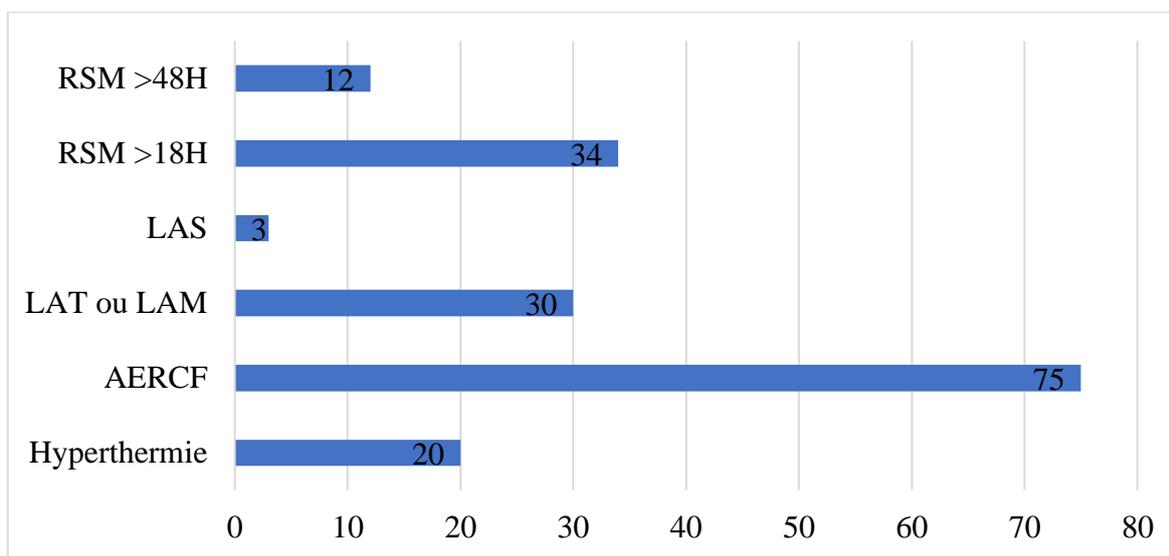
La majorité des patientes ont eu une analgésie péridurale représentant 72,3 %, 19,2 % des patientes ont accouché sans aucune analgésie (41/213) et 8,5 % ont eu une autre anesthésie (18/213).

### III.6-6 Complications :

Nous avons observé que 15,9 % (34/213) des patientes avaient eu une rupture spontanée des membranes à terme supérieure à 18 heures, et 5,6 % (12/213) une rupture supérieure à 48 heures.

Pendant le travail, 20 % (75/213) de notre population a présenté des AERCF dont 14,6 % (11/75) ont nécessité d'effectuer des lactates. 9,3 % (20/213) des patientes ont quant à elle présenté une hyperthermie.

Le liquide amniotique était clair dans la majorité des cas, il a été méconial ou teinté dans 14 % des cas (30/213) et sanglant dans 1,4 % des cas (3/213).



Graphique 16 : complications durant le travail

### Utilisation de l'ocytocine :

L'utilisation d'ocytocine a été utilisée dans 11,7 % des cas (25/213). Dans 48 % des cas pour non-engagement (12/25), dans 44 % des cas pour stagnation de la dilatation (11/25) et dans 4 % (1/25) pour une hypokinésie de fréquence. La raison de son utilisation n'a pas été renseignée dans 1 cas (4 %).

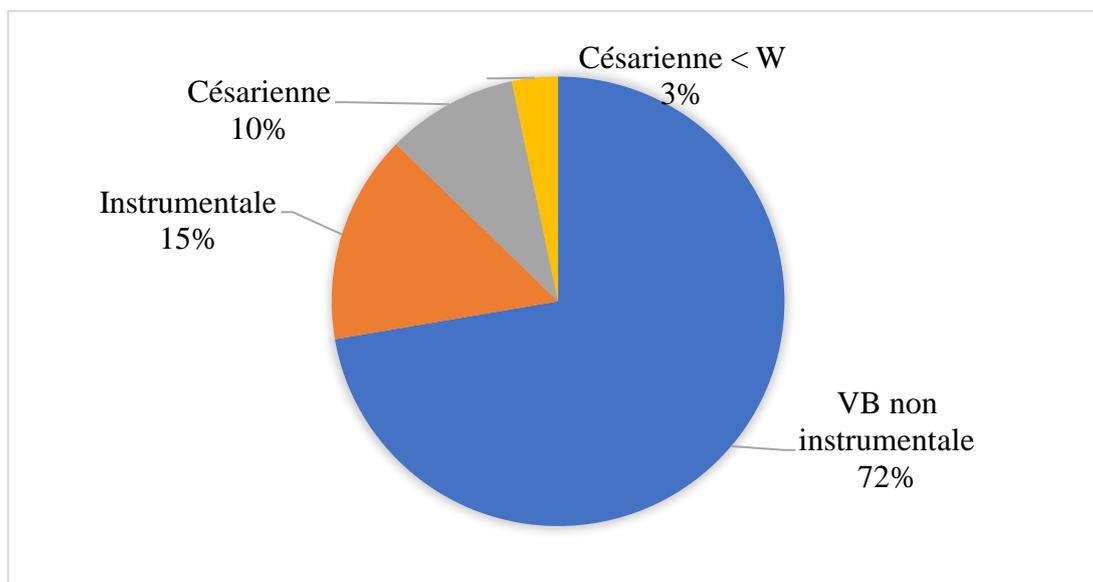
### III.7 Naissance :

#### **III.7-1 Voie d'accouchement :**

La majorité de nos patientes ont accouché par voie basse non instrumentale (154/213). 15 % des patientes ont eu besoin d'une intervention instrumentale (32/213). Parmi elles 78,1 % était des ventouses (25/32), 15,6 % par forceps (5/32) et 12,5 % par spatule (4/32). Parmi elles, l'état de 2 patientes a nécessité l'intervention de forceps puis de ventouses.

Parmi les accouchements voie basse, on note un accouchement à domicile.

Les césariennes en cours de travail représentent 10 % des naissances, 14 d'entre elles étaient en code rouge, 5 en code orange et 2 en code vert.



Graphique 17 : répartition de la voie d'accouchement

#### **III.7-2 Lésion périnéale :**

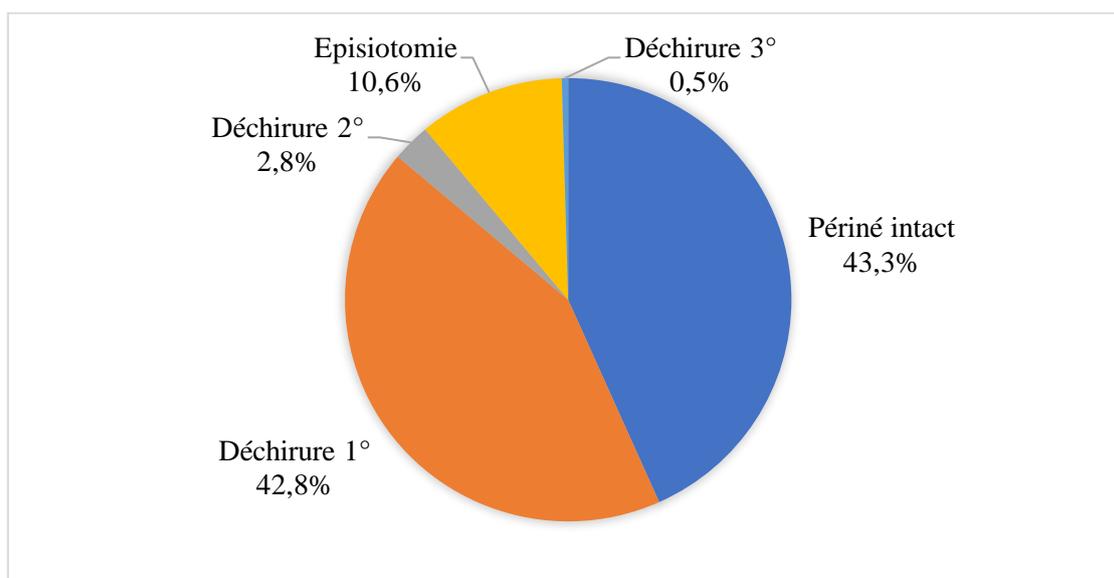
43,3 % des patientes ont eu un périnée intact (94/217) et 42,8 % ont eu une déchirure du premier degré (93/217).

Une épisiotomie aura été nécessaire dans 10,6 % des cas (23/217).

Une patiente a eu une lésion périnéale du 3<sup>ème</sup> degré de grade a, ce qui représente 0,5 % des patientes.

On note que 2 patientes ont eu besoin d'une épisiotomie et ont également eu une déchirure simple et 2 ont eu une épisiotomie associée à une déchirure du deuxième degré.

Sur les 22 épisiotomies réalisées, 21 ont été réalisées chez des primipares représentant 95,6 % de celle-ci. Au total on retrouve un taux d'épisiotomie de 11,5 % chez les primipares.



Graphique 18 : Répartition des lésions périnéales

### **III.7-3 Délivrance :**

La délivrance a été dirigée dans 93,4 % des cas (199/213), 3,7 % des patientes ont eu une délivrance naturelle (8/213). Une délivrance artificielle a été nécessaire dans 2,8 % des cas (6/213).

La délivrance a été complète pour la majorité, c'est-à-dire 95,3 % (203/213) et incomplète dans 1,87 % des cas (4/213).

### **III.7-4 Complications :**

Il y a eu 13 hémorragies de la délivrance (6,1 %) dont 3 sévères.

Une révision utérine a été nécessaire pour 6,1 % des patientes (13/213).

## **III.8 Le nouveau-né :**

1 nouveau-né est décédé après la naissance à 24 SA + 1j, un autre a subi une mort in utero à 36SA sans étiologie retrouvée. 1 cas n'avait pas de dossier de suites de couche et donc nous n'avions pas les informations.

### **III.8-1 Adaptation à la vie extra-utérine :**

L'Apgar à 1 minute était en moyenne de 9 et de 9,6 à 5 minutes.

On retrouve un Apgar < 7 dans 11,3 % des cas (24/213).

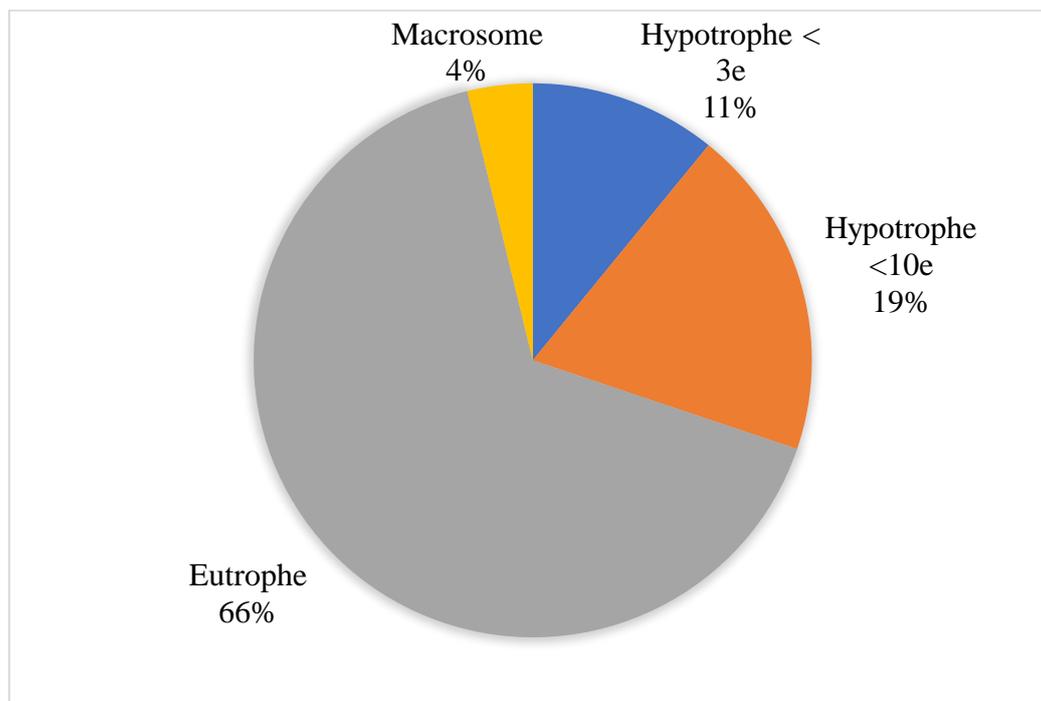
Le pédiatre a été appelé en salle de naissance pour 38 nouveau-nés, ce qui représente 17,8 % des cas.

Le nouveau-né a été transféré dans 12,2 % des cas (26/213), 42,3 % en réanimation néonatale (11/26), 38,5 % en soins intensifs (10/26) et 19,2 % en unité kangourou (5/26).

### III.8-2 Poids en fonction de l'âge gestationnel :

Au total 30,18 % des nouveau-nés étaient hypotrophes (64/212) et 4 % macrosomes (8/212).

La majorité était eutrophe représentant 66,0 % (140/212).



Graphique 19 : Poids en fonction de l'âge gestationnel

Le périmètre crânien était en moyenne de 33,8 cm. Il n'était pas renseigné chez 44 nouveau-nés. (20,9 %)

	<i>Hypotrophe</i> %		<i>Eutrophe</i> %		<i>Totaux</i>
Fumeuse	20	10,2 %	32	16,3 %	52
Non fumeuse	43	21,9 %	101	51,5 %	144
<b>Totaux</b>	<b>63</b>		<b>133</b>		<b>196</b>

Tableau 4 : Hypotrophie néonatale et tabac

On n’observait pas de différence significative du poids de naissance selon que la mère était fumeuse ou non.

### **III.9 Les suites de couches :**

#### **III.9-1 Alimentation :**

Pendant le séjour en maternité, 54 % des patientes alimentaient leur nouveau-né par allaitement maternel (114/211), 23 % par un allaitement artificiel (48/211) et 23 % procurait une alimentation mixte (49/211).

#### **III.9-2 Séjour :**

##### **Lien mère-enfant :**

Le lien mère-enfant était noté, bon dans la majorité des cas (78.17 %), à surveiller lors du retour au domicile dans 21,82 % des cas. Cette information n’était pas évaluée dans 6,6 % des cas.

Lieu de vie	Inquiétude lien mère-enfant	Pas d’inquiétude
Domicile	44,18 % (19/43)	83,11 % (128/154)
Foyer	48,83 % (21/43)	13,63 % (21/154)
HOME	6,97 % (3/43)	0,63 % (1/154)
115	0 % (0/43)	2,59 % (4/154)
Total	21,82 % (43/197)	78,17 % (154/197)

Tableau 5 : Lien mère-enfant en suites de couches et lieu de vie

Parmi les patientes vivant en foyer, il n’y a pas significativement plus de difficultés signalées que chez les patientes rejoignant un domicile « conjugal » ou chez leurs parents.

La durée du séjour était en moyenne de 4,6 jours.

#### **III.9-3 Condition de sortie :**

75,4 % des patientes sont rentrées à leur domicile, 20,7 % sont allées en foyer maternel, 1,9 % sont allées au HOME et 1,9 % des patientes ont été logées par le 115.

Pour le nouveau-né, un lien PMI a été fait dans 81,5 % des cas, un lien avec le médecin traitant dans 15,1 % des cas et dans 3,3 % des cas, cela n’était pas renseigné.

### **III.9-4 La contraception en post-partum**

Cette information était renseignée sur la fiche de liaison de sortie de la maternité. On retrouvait :

- 38,5 % de prescription de pilule oestro-progestative (82/213)
- 21,6 % de patientes de pose d'implant contraceptif en suites de couches (46/213)
- 14 % de prescription d'implant contraceptif à poser à la visite postnatale. (30/213)
- 8,4 % de patiente préférant revoir la contraception lors la visite postnatale
- 7,5 % de patientes ayant refusé une contraception. (16/213)
- 4,7 % de prescription de préservatifs (10/213)
- 2,3 % de prescription de DIU à poser lors la visite postnatale (5/213)

L'information était manquante dans 6 dossiers, ce qui représente 2,8 % de nos patientes.

### **III.9-5 L'organisation de la visite postnatale :**

Dans la majorité des cas, pour 68,54 % (146/213) des patientes il était noté que le choix du professionnel serait revu par la patiente.

Elle était organisée

- Avec l'UGOMPS dans 15 % des cas (32/213)
- Avec un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme du CHU dans 8 % des cas (17/213).
- Avec le médecin traitant pour 6,1 % des patientes (13/213).

Cette information n'était pas renseignée dans 2,3 % des dossiers (5/213)

Quand la visite post-natale a été organisée avec l'UGOMPS nous avons pu la retrouver dans 25 % des dossiers (8/32), quand elle était organisée par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme dans 17,6 % des dossiers (3/17). Probablement parce que les patientes ne s'étaient pas rendues à leurs rendez-vous.

## **IV- Discussion :**

Nous avons colligé, dans cette étude observationnelle et transversale, les possibles complications obstétricales, fœtales et néonatales de la grossesse et de l'accouchement pour les patientes mineures, ainsi que les différentes conditions socio-démographiques et culturelles. Pour cela, nous nous sommes aidés de plusieurs études de la littérature ce qui nous a permis de vérifier si nos résultats concordaient avec ces analyses.

En effet, la littérature invite à une prudence médicale pour les grossesses à l'adolescence du fait des risques obstétricaux et néonataux. En revanche, sur le plan obstétrical, plusieurs études s'accordent à dire que ces grossesses ne présentent pas de risque supérieur dans les pays développés, si elles sont bien suivies<sup>7, 8</sup> Il semblerait que ces grossesses, lorsqu'elles disposent d'un suivi adapté aient un pronostic comparable à celle des patientes plus âgées.

Notre étude s'intéressait donc à la population des adolescentes au CHU de Nantes. La limite d'âge pour définir un groupe d'adolescentes à risque varie selon les études. La plupart des études s'accordent pour dire que les adolescentes les plus jeunes sont les plus à risque, notamment en ce qui concerne les accouchements prématurés et l'hypotrophie néonatale. Cependant, selon les études, le seuil varie sensiblement selon l'âge : 15, 16 et 17 ans. Le non-achèvement de la croissance de l'adolescente ou le développement de son bassin pourrait, en effet, jouer un rôle dans la survenue de complications obstétricales notamment d'accouchement prématuré.

Au CHU de Nantes, la part des naissances chez des patientes mineures après 22 SA représentaient 1,55 % en 2017, 1,54 % en 2018 et 1,96 % en 2019. En 2007, une thèse en médecine<sup>10</sup> recensait 29 patientes strictement mineures le jour de l'accouchement au CHU de Nantes. En 2019, nous en retrouvions 64 un chiffre qui a doublé en l'espace de quelques années, c'est pourquoi nous nous y sommes plus amplement intéressés.

### **Critique de notre étude :**

Chaque année au CHU de Nantes, entre 2017 et 2019, 4052 à 4335 naissances ont été réalisées, ce nombre important de naissances nous a permis de recueillir un nombre de dossiers conséquents pour notre analyse.

Nous avons pu rencontrer un biais d'information durant notre étude : certaines données sont manquantes et il peut exister des erreurs de classement lors de l'analyse de celles-ci.

Il aurait été intéressant :

- De comparer nos données avec un échantillon de patientes plus âgées pour observer une réelle différence, mais au vu du nombre d'accouchements à Nantes, il aurait fallu sélectionner un nombre de patientes identiques, de la même ethnie et ayant accouché juste après nos patientes ce qui aurait fait beaucoup de biais.
- D'évaluer plus de critères psycho-sociaux comme la présence du père, le projet de vie commune, l'âge des patientes, les conditions socio-économiques du foyer, la couverture sociale des patientes... Mais ces informations n'étant pas toujours renseignées dans les dossiers, il était difficile de les recueillir.
- D'obtenir la date de déclaration de grossesse pour pouvoir déterminer si le mauvais suivi résultait de la découverte tardive de celle-ci ou d'un mauvais suivi délibéré.
- D'avoir plus de détails sur le suivi en ville : sage-femme, gynécologue-obstétricien, PMI
- D'étudier si des différences pouvaient être retrouvées entre les patientes de moins de 15 ans et les patientes mineures plus âgées. En effet, certaines études montrent que les complications obstétricales sont plus fréquentes chez les patientes de moins de 15 ans<sup>8,10</sup>
- De séparer les patientes françaises des patientes originaires des DOM-TOM puisque la littérature rapporte également des taux plus élevés de grossesses précoces dans ces groupes culturels<sup>8</sup>.
- De connaître l'impact des barrières linguistiques.

#### **IV.1 Analyse obstétricale:**

Il est important de remarquer la qualité du suivi obstétrical pour ensuite interpréter les possibles complications pouvant exister. En effet, en France 5 à 10 % des grossesses sont méconnues jusqu'à l'accouchement, 20 à 30 % sont mal suivies<sup>12</sup> et 25 % d'entre elles ne sont déclarées qu'au 2ème trimestre<sup>7</sup>. Dans notre étude, dans 54,9 % des cas, la grossesse n'était pas suivie ou alors suivie de manière irrégulière. Le nombre de consultations total est difficilement interprétable puisqu'il n'est pas toujours recensé lorsque la patiente a eu une consultation mensuelle en extérieur.

Les urgences ont une place importante pour les adolescentes puisque 13 % d'entre elles n'avaient que des consultations aux UGO. Cela doit être l'occasion de refaire le point sur le suivi de leur grossesse et de leur situation psychosociale et de réorienter ces patientes vers l'UGOMPS quand celle-ci est la première consultation. Dans notre étude, 46,6 % de nos patientes, ont consulté au moins une fois aux UGO et 20,5 % au moins trois fois. Ces chiffres

concordent avec ceux de la littérature, Filou. A<sup>13</sup> retrouvait 51,4 % de ces patientes consultant au moins une fois aux urgences gynécologiques. De plus, l'EPN de 2016 retrouve des chiffres similaires aux nôtres : 60 % de la population générale consulte au moins une fois et 15 % au moins 3 fois.

Les patientes ayant bénéficié de cours de préparation à la naissance représentent une part faible de notre population avec 10,7 % alors que l'EPN de 2016<sup>14</sup> recensait 78 % des patientes en bénéficiant dans la population générale. Il est important de noter que cette information n'était pas inscrite dans 42,2 % des dossiers ce qui constitue une énorme perte d'information pour pouvoir analyser correctement ces données. On rappelle que les cours de PNP sont recommandés par la Haute Autorité de Santé, d'autant plus s'il existe une situation de vulnérabilité<sup>15</sup> telles les patientes mineures. En effet, l'un des objectifs de ces cours est de pouvoir accompagner les couples, en particulier ceux en situation de vulnérabilité, pour prévenir les troubles de la relation mère-enfant. Il paraît donc essentiel d'encourager ces patientes à s'orienter vers des sages-femmes libérales pour pouvoir suivre ces cours, même si cela reste difficile puisque beaucoup de ces patientes n'ont pas de suivi médical régulier.

La qualité du suivi est également évaluée par le suivi échographique. Dans notre étude, dans la majorité des cas (64,8 %), on retrouvait 3 échographies. En revanche, la date moyenne de première échographie était réalisée à 17 SA + 6 jours. Cela s'explique soit parce que la grossesse est découverte tardivement (dans 50,7 % des cas) soit par manque de suivi avec une première échographie réalisée aux urgences gynécologiques. En effet, on ne retrouvait que deux dénis de grossesse dans notre étude, cependant toutes les patientes mineures ont tendance à cacher un début de grossesse non prévue devant les difficultés qu'engage celle-ci. Il peut être difficile pour elles, si elles n'ont pas de ressources financières propres, d'obtenir un test de grossesse ou encore de faire les examens biologiques nécessaires tout en le cachant à ses parents. Il existe cependant des dispositifs permettant une prise en charge anonyme lors des consultations, mais cela est souvent méconnu. Cela peut en partie expliquer cette datation tardive.

Il faut, tout particulièrement insister, sur le fait que ce manque de suivi influe négativement sur le pronostic obstétrical. Dans notre étude, nous avons pu mettre en évidence qu'un mauvais suivi donnait de manière significative, plus de complications obstétricales telles que les MAP, DG, RPM, prééclampsie et hypertension.

Ainsi, certaines études démontrent, que pour des grossesses régulièrement et précocement suivies, il n'existe pas plus de risque de complications obstétricales mise à part la menace

d'accouchement prématuré, sans certitude que l'âge en soit seul responsable<sup>7</sup>. Les taux de menace d'accouchement prématuré chez les adolescentes retrouvées dans la littérature vont de 9,5 % à 16,3 %<sup>8, 11, 16</sup>. Nous retrouvons des chiffres similaires dans notre étude avec 13,1 %. L'EPN de 2016<sup>14</sup> retrouvait un taux inférieur dans la population générale avec 5,4 % de menace d'accouchement prématuré.

Les études ne démontrent, a contrario, pas plus de pathologies hypertensives, de prééclampsie ou de rupture prématurée des membranes.<sup>8, 9, 11, 16</sup>

Il a également été montré par certaines études, plus de cas d'anémie chez ces patientes<sup>8, 11, 17</sup>. Soula. O et al.<sup>8</sup> retrouvent un taux de 16,1 %, alors que dans notre étude nous retrouvions 49,3 % de patientes ayant une anémie < 11g/dL au 3ème trimestre. Notre taux deux fois supérieur s'explique puisque Soula. O et al.<sup>8</sup> a choisi d'abaisser le seuil d'anémie à 10 g/dL du fait du caractère chronique de l'anémie chez les patientes Guyanaises. De Vienne et al<sup>17</sup>, dans une étude rétrospective française de 2009 observent également plus d'anémie ferriprive chez les patientes de 16 ans en comparaison avec les patientes de 20 ans. Filou. A<sup>13</sup> retrouvait 40,8 % d'anémie chez ces patientes, ce chiffre est similaire au nôtre. Cette anémie ferriprive, retrouvée dans plusieurs études, est le signe probable de troubles nutritionnels ou de carence chez ces adolescentes. En effet, ces jeunes filles en pleine croissance ont des besoins nutritionnels élevés, il est donc important de leur fournir les conseils nutritionnels appropriés ainsi que de dépister et de traiter ces anémies.

On constate également une prise de poids insuffisante chez 42,2 % de nos patientes montrant une réelle nécessité d'un ajustement nutritionnel.

Malgré tout, Dedecker. F et al et Debras. E et al<sup>11, 16</sup> trouvaient moins de diabète gestationnel chez les patientes mineures (0,5 à 1,4 %). Nous retrouvons des données similaires avec 1,4 % de diabète gestationnel dans notre étude. Chez les 3 patientes ayant souffert de diabète gestationnel, une seule était en surpoids.

Concernant l'accouchement, la littérature montre, dans l'ensemble, moins de césariennes (6,1 % à 11,6 %) <sup>38</sup> et moins d'extractions instrumentales (18 %) <sup>4</sup>. Ce taux est comparable à celui de notre série. Il y a eu 72 % d'analgésies péridurales, taux similaires avec les données de la littérature, au CHU de Nantes en 2018 on retrouvait un taux de 73,4 % <sup>18</sup>.

La littérature ne rapporte pas non plus d'augmentation du risque d'hémorragie de la délivrance<sup>11, 17</sup>. Nous rapportons 6,1 % d'hémorragie de la délivrance chez nos patientes.

De plus, Debras. E et al.<sup>11</sup> notaient plus de mises en travail spontané chez ces patientes avec des taux entre 69 et 75,1 % chez les patientes mineures. Dans notre étude, 74 % des patientes se sont mises en travail spontanément. Ce qui concorde avec les résultats de l'EPN de 2016<sup>14</sup> qui retrouvait 68,1 % de mise en travail spontanée dans la population générale.

À propos des lésions périnéales, la littérature ne retrouve pas d'augmentation de ce risque. En effet nous retrouvons dans notre étude des données similaires avec 42,8 % de déchirure du premier degré et 10,6 % d'épisiotomie. En 2018, au CHU<sup>18</sup>, on retrouvait 12,5 % d'épisiotomie chez les primipares, nous retrouvons un chiffre inférieur avec 11,5 % de nos patientes primipares.

**Enfin, le jeune âge ne serait pas à lui seul un facteur de risque de complication obstétricale.**

Du point de vue fœtal et néonatal, la littérature rapporte de manière unanime un plus grand taux d'accouchements prématurés (de 7,5 % à 17,1 %) <sup>10,19</sup>. Le risque de prématurité est concordant dans notre série. Nous retrouvons 9,38 % de patientes ayant accouché avant 37 SA.

La littérature retrouve plus souvent une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine avec un score d'Apgar < 7 à 1 minute (15,7 %) <sup>8</sup>. Concernant l'adaptation à la vie extra-utérine nous observons un score d'Apgar inférieur à 7 à 1 minute dans 13,1 % des cas, chiffre inférieur à ce que retrouve la littérature. De plus, la moyenne d'Apgar était à 9 à 1 minute de vie dans notre étude. Globalement on retrouve une bonne adaptation à la vie extra-utérine chez nos nouveau-nés dans les premières minutes de vie. Le pédiatre a été appelé dans 17,8 % des cas, il est difficile d'analyser cette donnée puisqu'elle n'est pas examinée dans la littérature. Il est donc difficile de savoir si ce chiffre est différent dans la population générale.

Kaplanoglu et al.<sup>19</sup> trouvaient plus d'hospitalisations chez ces nouveau-nés que chez les patientes majeures avec 14,6 % de nouveau-nés hospitalisés en soin intensif. Nous retrouvons des données largement supérieures avec 38,5 %. De plus, 42,3 % de nos nouveau-nés hospitalisés l'ont été en réanimation néonatale, montrant bien qu'ils avaient plus souvent de grosses difficultés nécessitant une hospitalisation plus lourde. L'augmentation de nos chiffres par rapport à cette étude est difficilement explicable, d'autant plus que nous retrouvons moins de prématurités que Kaplanoglu et al. Ils trouvaient également un plus grand taux d'hypotrophie fœtale (13,3 %) <sup>19</sup>. Le risque d'hypotrophie fœtale paraît plus élevé dans notre étude avec 30 % de nouveau-nés hypotrophes à la naissance sans que l'on retrouve plus d'explications de l'augmentation de ce chiffre.

Il ne faut pas oublier que d'autres éléments comme le tabac peuvent augmenter le risque de prématurité ou d'hypotrophie fœtale. En effet, en 2007, selon l'étude ESPAD (OFDT-INSERM) <sup>20</sup> 17 % des jeunes de 16 ans avaient un usage quotidien de tabac (au moins 1 cig/j au cours des 30 derniers jours) et 3,4 % avaient un usage de cannabis régulier (au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours). Dans notre étude 24,41 % des jeunes filles consommait activement du tabac durant leur grossesse et 5,1 % du cannabis.

On retrouve tout de même plus de patientes tabagiques dans notre étude, l'EPN 2016<sup>14</sup> retrouvait 17 % de patientes fumeuses durant la grossesse dans la population générale. Seulement 13,3 % de nos patientes fumeuses ont arrêté leur consommation de tabac lorsqu'elles ont appris leur grossesse. Parmi ces patientes, aucune n'avait vu la sage-femme tabacologue du service. Parmi les patientes fumeuses seulement 9,6 % des patientes fumeuses ont vu la sage-femme tabacologue du service et pour 73 % d'entre elles, un suivi tabacologique ne leur a pas été proposé ou en tout cas cela n'est pas retranscrit dans le dossier. Même si nous n'avons pas pu démontrer, dans notre étude, une différence dans la survenue d'accouchements prématurés ou de cas d'hypotrophie néonatale chez les patientes tabagiques, celui-ci constitue un facteur de risque de ces complications. Il est donc important de proposer pour ces patientes un sevrage tabagique, d'autant plus qu'elles sont plus jeunes. Ce qui pourrait leur permettre d'arrêter complètement une fois la grossesse terminée.

P. Faucher et al.<sup>12</sup> expliquent également qu'il est possible de considérer, de manière générale, que ces risques ne sont pas plus élevés si on effectue un ajustement sur les effets du tabagisme, de la toxicomanie et si l'on améliore la prise en charge anténatale avec un suivi coordonné.

Enfin, il ne faut pas oublier que selon l'origine culturelle et le contexte psycho-social de ces patientes, le déroulement des grossesses n'est potentiellement pas le même.

## **IV.2 Facteurs culturels :**

Au CHU de Nantes, de nombreuses patientes avec des conditions sociales, des cultures, des religions et des parcours de vie différents se côtoient, il était donc important de replacer les mineures dans leur contexte culturel. Ainsi, dans cette étude nous avons différencié la population rom, des patientes françaises ainsi que les patientes appartenant à la communauté des gens du voyage et les patientes appartenant à d'autres nationalités.

En effet, dans de nombreuses sociétés dont sont issues les jeunes filles de l'immigration en France, la grossesse à l'adolescence est plutôt valorisée à la différence de notre société.<sup>12</sup>

L'analyse du mode de vie révèle que 66,8 % de nos patientes étaient en couple, on note que parmi elles 5 % étaient mariées.

Parmi les patientes en couple au moment de la grossesse, on retrouvait 82,3 % de patientes appartenant à la culture rom et 85,7 % appartenant à la communauté des gens du voyage. Malgré ces chiffres plus élevés nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative avec les patientes d'autres nationalités.

La particularité des patientes Roms est la grande détresse et la grande précarité dans lesquelles se trouvent ces populations qui se réfugient en France depuis les années 90. Elles sont souvent confondues avec les gens du voyage. Dans cette population, le mariage a traditionnellement lieu à l'adolescence et s'en suit donc par la suite, une grossesse. En effet, les patientes que nous retrouvions mariées dans notre étude étaient toute d'origine rom. On rappelle que ce mariage est uniquement religieux et non civil. En effet, conformément à l'article 144 du Code civil<sup>22</sup>, « le mariage ne peut être contracté avant 18 ans révolus ». Cependant, le mariage reste une tradition très ancrée dans cette communauté, le premier petit ami est généralement destiné à devenir le mari de la jeune fille, généralement vers l'âge de 15 ans<sup>23</sup>. Cela nous amène à nous poser des questions sur la légitimité de ce mariage et du consentement qu'il en découle, puisque dans cette culture c'est en général la belle-famille et le mari qui sont au centre des décisions pour ces jeunes femmes.

Il est également difficile d'organiser un suivi spécialisé de la jeune femme et de son enfant. Les camps sont généralement excentrés, sans moyen de transport pour ces jeunes filles. De plus la peur de la police et de l'expulsion reste fréquente et ne les incite pas à s'orienter vers des organismes de santé. Malgré la présence d'association comme Médecins du Monde ou des services de PMI ainsi qu'une permanence de soins spécialisés dans l'accueil, l'orientation et l'accompagnement de familles roumaines ou Bulgares comme Chaptal, le suivi de grossesse reste très difficile à mettre en place. Ainsi, la majorité de ces grossesses sont non suivies, à 79,1 % dans notre étude. De plus, 66,27 % des grossesses chez ces patientes sont datées tardivement, généralement lors de la première consultation aux urgences gynécologiques. Ces chiffres correspondent à ce que retrouvait une mission de Médecin du Monde auprès des femmes Roms en 2008<sup>24</sup> avec seulement 8,3 % de ces femmes qui avait fait suivre leur grossesse.

Ces grossesses chez les patientes Roms et les gens du voyage s'inscrivent généralement dans un projet de couple, en effet on montrait une différence significative avec 60 % de patientes roms qui avaient prévu cette grossesse contre 32,7 % des patientes françaises. Sans différence

significative, on retrouvait 40 % de grossesses prévues chez les gens du voyage. On note également dans notre étude deux grossesses induites par procréation médicalement assistée, une des patientes appartenait à la culture rom et l'autre patiente appartenait à la population des gens du voyage. Ce qui pose question sur la PMA pour les patientes mineures et les motivations qui les accompagnent.

De plus, seulement 41,8 % des patientes roms ont été vues au moins une fois à l'UGOMPS, ce qui reste un chiffre faible. Un rapport d'activité de médecin du monde de 2010<sup>25</sup> rapportait que le besoin du suivi de grossesse chez ses patientes n'était pas ressenti et que les orientations vers l'UGOMPS sont peu suivies d'effet. En effet la survenue d'un symptôme en cours de grossesse donne lieu le plus souvent à un recours aux urgences gynécologiques. Le suivi normal avec une consultation tous les mois est rarement acquis. Il est essentiel que ces patientes aient un suivi médical régulier, quand on sait que la mortalité néonatale chez cette population est huit fois plus élevée que la moyenne française<sup>24</sup>.

**La sage-femme a donc le rôle en tant que premier contact, que ce soit aux urgences gynécologiques ou en consultation au CHU, d'établir un lien de confiance avec elles et de les encourager à faire suivre leur grossesse pour éviter au maximum les complications.**

Il a également été mis en évidence, dans certaines études, que la maternité à l'adolescence chez les patientes d'origine Africaine, s'inscrivait plutôt dans un projet de couple, où la jeune fille semble dépendre socialement d'un concubin plus âgé. Ce qui donnait un meilleur pronostic à l'issue de ces grossesses<sup>12</sup>. Cette donnée n'est pas retrouvée dans notre étude, puisque 44,2 % des patientes originaires d'Afrique sub-saharienne étaient célibataires durant leur grossesse. De plus, 92 % de ces grossesses étaient non prévues. Ces patientes étaient des jeunes filles, en général sans soutien, 8 d'entre elles étaient logées par l'organisme du 115, pour les autres elles étaient le plus souvent logées chez de la famille.

Concernant les patientes originaires d'Afrique du Nord (Algérie et Maroc), elles n'étaient que 3, mais cela reste malgré tout représentatif puisqu'il n'est pas traditionnel dans ces pays, qu'une mineure se marie et encore moins qu'elle ait des enfants hors mariage. La grossesse n'était pas prévue pour l'une d'entre elle, et cela n'était pas renseigné pour les deux autres. Ces 3 jeunes filles étaient toutes célibataires avec le père absent, 2 étaient logées en foyer et une chez ses parents, De plus, 2 d'entre elles ont fait suivre leur-grossesse.

Dans notre série, on relevait également un suivi spécialisé en foyer chez 18,3 % des patientes françaises, 29 % des patientes d'origine africaine et pour une patiente d'origine d'Afrique du Nord tandis qu'aucune des patientes roms ou appartenant à la communauté des gens du voyage

n'a eu besoin de ce suivi, montrant tout de même que ces patientes sont en général bien entourées.

### **IV.3 Les facteurs socio-économiques et psychologiques :**

Selon Faucher et al.<sup>21</sup>, devenir mère pour une adolescente peut s'avérer être une stratégie d'adaptation pour échapper à une scolarité peu valorisante. Pour de nombreux auteurs, cela est un risque psychosocial important et donc une menace d'inadaptation sociale et professionnelle, une précarisation des conditions de vie et une absence de ressources financières propres.

De plus, une grossesse chez l'adolescente est généralement associée à un échec de contraception. Dans notre étude on retrouvait 9,3 % de grossesses liées à un échec de contraception dont 85 % étaient sous pilule. Ce pourcentage est faible, mais dans 42,8 % des dossiers la prise d'une contraception n'était pas renseignée ce qui rend cette donnée non exploitable. Quand on décompte dans notre étude, 34,7 % de grossesses non prévues avec 46 % de ces jeunes femmes ne prenant pas de contraception, on peut se poser la question d'une information suffisante sur la prise d'un contraceptif. De plus, comme le souligne le Dr Marcelli<sup>26</sup>, il ne faut pas oublier que l'oubli d'une contraception peut être conscient, sans qu'une grossesse ne soit attendue par le couple. La question du lieu de l'information se pose également un problème puisque dans la majorité des cas cette information est réalisée au collège et au lycée, or dans notre population seule 18 % de ces jeunes femmes sont scolarisées.

En effet, le pronostic socio-économique est le plus souvent défavorable avec en général 50 à 75 % d'abandon de scolarité<sup>7</sup>. Les données de notre série vont dans le même sens que la littérature puisque 47 % de nos patientes étaient déscolarisées et 31 % sans aucune autre activité (âgées de plus de 16 ans). On rappelle que d'après l'article L131-1 du code de l'éducation<sup>27</sup>, l'instruction est obligatoire pour chaque enfant entre 3 ans et 16 ans, et ce, qu'il soit français ou étranger. On ne retrouve pas de différence significative entre l'origine culturelle ou la nationalité et la déscolarisation de ces jeunes filles, montrant qu'il reste encore un travail à faire, toutes populations confondues, pour encourager ces jeunes filles à retourner dans un cursus scolaire. Le problème de scolarisation de ces jeunes filles est un enjeu essentiel pour leur vie future, tant pour leur insertion professionnelle et sociale que pour avoir accès, par la suite, à des revenus propres.

Quand la grossesse n'est pas prévue, la prise en charge de ces grossesses, sur le plan médical mais surtout sur le plan psychologique est essentiel. Nous retrouvons dans notre étude 34,7 % de grossesses non prévues, pourcentage qui serait potentiellement plus élevé puisque cette information n'était pas renseignée dans 46 % des dossiers. En île de France d'après l'ORS<sup>28</sup> on

retrouvait en 2016, 12 % des Franciliennes entre 15 et 49 ans qui déclaraient avoir eu une grossesse non prévue au cours des 5 dernières années. Soulevant encore une fois, le problème d'information sur la contraception.

De plus, certaines grossesses peuvent être la conséquence de violences sexuelles, qu'il s'agisse de viols incestueux ou non. Dans notre série, il est noté dans les dossiers que 27,3 % de nos patientes ont déjà subi au cours de leur vie, des violences de quelque type que ce soit : sexuelles, conjugales ou mutilations sexuelles féminines. Dans la majorité des dossiers, on retrouve la notion de violence intra-familiale physique et verbale. 3 patientes originaires d'Afrique subsahariennes ont fui un mariage forcé dans leur pays. Dans 13,1 % des cas, la case violence était cochée sans avoir plus d'information. Ces données sont pourtant essentielles pour pouvoir mieux organiser la prise en charge de ces patientes, puisque cela constitue une fragilité supplémentaire. Il peut également arriver que la patiente ne souhaite pas en discuter à ce moment-là, mais cela n'a été transcrit que dans un seul dossier.

Dans le cas où la grossesse n'était pas prévue, il est notifié dans un seul dossier que le rapport sexuel dont découle la grossesse était consenti. On retrouve également deux grossesses poursuivies à la suite d'un viol chez une patiente de 15 ans et une de 17 ans. Hormis ces 3 dossiers, il n'est jamais mentionné si le rapport était consenti, bien que cette information soit essentielle dans le dépistage des violences faites aux femmes. En effet, selon le ministère de l'intérieur<sup>29</sup>, le pic de violence sexuelle chez les filles est atteint entre l'âge de 10 et 15 ans. Dans notre étude, les patientes âgées de 15 ans ou moins représentait 17,8 % on peut donc supposer qu'un grand nombre d'entre elle a pu subir des violences sexuelles. Connaître en anténatal la nature de la relation sexuelle ayant conduit à cette grossesse est essentiel car comment avoir un lien mère-enfant adapté quand cet enfant est le fruit d'un viol ?

Concernant les deux grossesses poursuivies suite à un viol, il n'est pas noté dans le dossier si des procédures étaient engagées. Pour prendre en charge ces patientes il est important de connaître le parcours de vie et de les écouter avec empathie pour les orienter sur les démarches à suivre.

De plus, l'observatoire national des violences faites aux femmes retrouvait en 2016, que parmi les femmes victimes de viols et de tentatives de viol au cours de leur vie, 56 % l'ont été avant leurs 18 ans, dont 40 % avant leurs 15 ans<sup>30</sup>. Cela confirme que la période de l'adolescence est une période à haut risque pour ces violences, il est donc essentiel d'être formé pour les dépister et prendre en charge ces patientes sur un mode pluriprofessionnel.

N'oublions pas, non plus, que beaucoup de patientes que nous rencontrons proviennent de l'immigration, avec en général un parcours migratoire difficile, ces femmes sont donc exposées à des agressions sexuelles, des viols, de la prostitution forcée ou encore des mariages forcés. Ce qui peut avoir comme conséquences des grossesses non désirées<sup>31</sup>. De plus, selon gynécologie sans frontière, deux femmes sur trois, voire une sur deux pour l'UNICEF, auraient vécu des violences sexuelles durant leur parcours migratoire, souvent à plusieurs reprises et dans différents lieux<sup>32</sup>.

Sur les 58 patientes ayant subi des violences au cours de leur vie passée ou actuelle, 46 patientes ont eu au moins un rendez-vous à l'UGOMPS. Ce qui démontre bien la fragilité de ces patientes et à quel point ce suivi est important.

**Les violences sexuelles, physiques ou psychologiques chez ces jeunes filles montrent une réelle fragilité psychologique, renforçant encore une fois le caractère de grossesse à risque chez les patientes mineures.**

Concernant le suivi à l'UGOMPS, seulement 56 % des patientes ont eu un rendez-vous avec cette unité, ce qui reste un chiffre faible. Cette unité permet à ces jeunes filles de rencontrer une assistante sociale et un psychologue si elle le souhaite, en anténatal la rencontre d'un psychologue pour ces patientes fragiles est essentielle. Il est difficile de retrouver dans les dossiers les raisons pour lesquelles ces patientes n'ont pas eu de rendez-vous à l'UGOMPS, il est parfois mentionné qu'elles ne se s'y sont pas rendues. Si, la sage-femme a un rôle essentiel dans le dépistage des violences, des conduites addictives, des différentes difficultés sociales et économiques, les assistantes sociales comme les psychologues ont un rôle primordial pour les accompagner pendant et après leur grossesse. Il est donc important que ces jeunes filles les rencontrent. Car il peut être difficile pour une sage-femme de faire adhérer ses patientes à un suivi médical et d'avoir les disponibilités et le temps suffisants pour gérer tous les aspects psycho-sociaux, notamment lorsque la patiente est vue pour la première fois aux urgences gynécologiques.

Mais comment faire pour que ces patientes aient toutes accès à cette unité spécifique quand on observe un flux de patientes qui ne fait qu'augmenter au CHU de Nantes, avec un manque évident de professionnel pour pouvoir les prendre en charge ?

Concernant la barrière de la langue, nous ne l'avons pas analysée dans notre étude nous ne savons donc pas combien de patientes ne parlait pas ou ne comprenait pas le français ni s'il avait été possible d'avoir un interprète lors des consultations. Mais compte tenu du nombre de patientes venant d'une autre nationalité, nous pouvons supposer que certaines ne parlaient pas

français. Ce qui engendre une difficulté supplémentaire pour les professionnels qui les prennent en charge ainsi que pour le renseignement des dossiers. De plus, ces grossesses peuvent mettre mal à l'aise les professionnels car ce sont des adolescentes qui peuvent être de contact difficile, en pleine crise d'adolescence, donc rebelles et qui n'adhèrent pas forcément au parcours de soins proposé.

#### **IV.4 Analyse des suites de couches et des conditions de sortie :**

Tout comme dans la plupart des études, nous ne constatons pas plus de complications durant les suites de couches<sup>11</sup>.

Le plus important dans la parentalité des adolescentes reste l'instauration du lien mère-enfant et la façon dont va se développer celui-ci. La littérature nous montre que ces patientes sont finalement assez habiles avec leurs bébés mais leur investissement dans ce domaine peut se montrer relativement instable<sup>2</sup>.

Il a également été montré qu'un bon niveau scolaire antérieur à la grossesse et une reprise de la scolarité après la naissance constituaient un lien essentiel au futur lien familial et social<sup>2</sup>.

Dans notre série, le lien-mère enfant était à surveiller dans 20 % des cas, dans la majorité des cas le lien observé était bon. Il est également important de souligner qu'il n'existait pas plus d'inquiétude chez les jeunes filles placées que chez les autres. À noter que l'évaluation du lien mère-enfant est reflétée dans les dossiers en cochant une case sur le papier de sortie et uniquement à travers les commentaires des sages-femmes et des infirmières puéricultrices, ce qui reste tout de même une analyse très subjective.

Ce qui reste frappant est que 44,18 % des patientes où une inquiétude envers le lien mère-enfant était évoquée sont retournées à leur domicile avec en général un suivi PMI. Peut-être par manque de place en hospitalisation pour les garder plus longtemps en suites de couches ? Ou par manque de place au HOME qui est une unité spécifique du CHU qui permet aux femmes de les accompagner et de les soutenir pour favoriser une relation harmonieuse avec leur enfant ?

Il faut soutenir et aider l'installation de la parentalité avant que les problèmes ne surviennent, plutôt que les dépister une fois qu'ils sont installés<sup>26</sup>. En effet dans 55,5 % des cas une feuille de parentalité avait été rédigée par l'UGOMPS ce qui a potentiellement pu accroître la vigilance des professionnels envers ces patientes permettant un meilleur suivi pour la suite.

De plus, on aurait tendance à penser que la durée du séjour pourrait être plus longue en suites de couches pour ces patientes plus à risque socio-économiquement, ou peu soutenues par leur

entourage. En effet nous avons trouvé une durée de séjour moyenne de 4,6 jours. L'EPN de 2016<sup>14</sup> retrouvait une moyenne de 4 jours ce qui est légèrement inférieur.

Le taux d'alimentation par allaitement maternel est également bon avec un taux de 54 %, données qui correspondent à celles de l'EPN de 2016<sup>14</sup> qui retrouvait 52,2 % d'allaitement maternel exclusif. En revanche, au CHU en 2018<sup>18</sup> on note un taux supérieur de 72 %. Ce taux varie sensiblement selon les études en fonction de l'origine culturelle des patientes, Soula et al.<sup>8</sup> retrouvaient 98,3 % chez des patientes originaires des DOM-TOM tandis que Dedecker. F et al.<sup>16</sup> retrouvait 65,7 % sur une étude se déroulant en Seine-Saint-Denis.

De plus, les conditions sociales à la sortie de la maternité, justifient d'un suivi spécialisé organisé en foyer dans 20,8 % des cas et un suivi au HOME dans 1,8 % des cas. Un suivi rapproché avec un signalement particulier à la PMI a également été fait dans 81,5 % des cas.

La contraception en post-partum est également une donnée intéressante à analyser et importante pour éviter une grossesse rapprochée par la suite ou non prévue. Chez nos patientes, le plus souvent était prescrite une pilule oestro-progestative, on note tout de même 21,6 % de pose d'implant contraceptif en suites de couches. En revanche, quand le choix de la contraception est revu à la visite post-natale il est difficile d'analyser les données puisque les visites post-natales sont très peu organisées dans les dossiers (68,5 %). De plus, quand elle est organisée, soit il est difficile de les retrouver dans les dossiers papiers ou dans Power-Chart, soit c'est qu'elles ne s'y sont pas rendues.

La question de la sexualité dans ce contexte est essentielle, elle n'est que rarement retranscrite dans les dossiers, ce qui ne veut pas dire que cela n'a pas été discuté. Dans cette période de crise sanitaire avec des patientes qui ne retourneront probablement pas dans un cursus scolaire, avec un suivi médical réduit c'est l'occasion en post-partum de pouvoir plus amplement en discuter avec elles. Mais la suractivité présente dans nos services rend l'approche et le suivi personnalisé difficile, d'autant plus s'il existe une barrière de la langue. C'est pourquoi le psychologue en anténatal est essentiel mais également en post-natal pour pouvoir élaborer un suivi par la suite. Mais encore faut-il que ces professionnels aient le temps, dans des services surchargés comme au CHU de Nantes.

#### **IV.5 Propositions :**

Toute mineure enceinte doit bénéficier d'une évaluation médico-psycho-sociale, quel que soit le terme où nous la prenons en charge. Il est donc important que toute patiente mineure ait accès à une consultation à l'UGOMPS, notamment pour pouvoir voir un psychologue et une assistante sociale si elle le souhaite, et les encourager dans cette voie. De plus, il est important de développer au mieux la communication en réseaux des différents professionnels pour pouvoir avoir un suivi global si la patiente a été suivie en extérieur auparavant : médecin traitant, sage-femme libérale, PMI... Ainsi que pour prendre en charge au plus tôt les grossesses des adolescentes pour leur offrir une prise en charge pluridisciplinaire.

En début de grossesse suivie, il serait intéressant tout particulièrement pour toutes ces patientes de bénéficier d'un entretien prénatal précoce qui lorsqu'elles sont vues à l'UGOMPS a lieu pendant une consultation avec le médecin ou la sage-femme.

Il est important de remplir les dossiers avec le plus de rigueur possible pour avoir tous les éléments pour prendre en charge au mieux ces patientes. Notamment les raisons de la survenue de la grossesse, si elle était prévue, le consentement lors du rapport sexuel ainsi que les violences dans l'enfance qui sont des éléments importants pour évaluer la fragilité psychologique de ces patientes.

Toutes les mineures devraient bénéficier de cours de préparation à l'accouchement, un outil essentiel pour le dépistage des difficultés chez ces patientes et pour les préparer au mieux à la suite. Cela reste utopique puisque ces patientes sont en majorité non suivies à l'extérieur. Mais il est essentiel de les encourager au maximum à se tourner vers des sages-femmes libérales pour bénéficier de ces cours. De plus ces cours devraient être adaptés tant au niveau linguistique qu'aux différentes cultures de ces patientes. Notamment pour les patientes Roms, effectuer les cours de PNP dans le camp avec des cours plutôt centrés sur l'éducation à la santé ou encore la contraception.

En suites de couches, toutes les mineures devraient pouvoir accéder à un entretien de soutien avec un psychologue si elle en éprouve le besoin même si les champs sociaux et psychologiques ont déjà été abordés avant la naissance. La naissance est une étape importante après laquelle toute patiente doit être soutenue et accompagnée.

Toutes mineures accouchées devraient également sortir avec un rendez-vous de visite post-natale organisée à l'UGOMPS, en insistant bien sur la nécessité de celui-ci.

Avoir une formation adaptée à la prise en charge de ces patientes tant sur les aspects obstétricaux, sociaux et psychologiques, notamment au cours des études de sage-femme est essentiel. Un cours spécifique sur la prise en charge particulière de ces grossesses pourrait être très utile.

Développer une plage de consultations sans rendez-vous précis liée à un public en situation de précarité pourrait permettre à ces patientes de savoir qu'elles peuvent venir ces jours dédiés et éliminerait les difficultés liées à des horaires précis. Cela pourrait éviter un trop grand nombre de consultations aux urgences. Ce qui reste très onéreux et pourrait permettre d'éviter les rendez-vous non honorés à l'UGOMPS ou en consultation.

Il serait intéressant d'évaluer l'impact de la prise en charge médico-psycho-sociale, effectuée à la maternité et poursuivie dans le post-partum, sur le devenir des mères adolescentes et de leur enfant.

Pourquoi pas également réaliser une étude pour obtenir l'avis des soignants sur ces grossesses ainsi que leur a priori ?

## V- Conclusion

En conclusion, ne voir dans la grossesse chez l'adolescente que le résultat d'un accident, ne permet pas de prendre en compte toutes les dimensions d'un tel évènement. Cela peut nous amener à méconnaître la souffrance ou les difficultés de ces jeunes filles.

Toute grossesse chez une mineure est un enjeu médico-social par la complexité du suivi qu'elle nécessite, un enjeu obstétrical par les questions délicates qui se posent chez les plus jeunes et un enjeu psychologique par la menace sur l'épanouissement affectif qui caractérise cette période de la vie.

Il ne faut pas oublier l'extrême diversité inter-individuelle du devenir de ces situations, en effet il a été montré que, bien entourées, ces jeunes mères sont capables d'une attitude parentale adaptée. En effet, certaines patientes sont issues de culture où il est traditionnel d'avoir des enfants dès l'adolescences, ces patientes bénéficient en général d'un soutien familial et d'un entourage adéquat. En revanche, la grande majorité de nos patientes reste en situation de précarité avec une majorité de patiente déscolarisée ou sans activité. Il est donc primordial d'identifier rapidement ces adolescentes enceintes et de les confier à chaque fois que cela est possible à des organismes pluridisciplinaires.

Les adolescentes enceintes représentent un groupe à risque sur le plan médical, psychologique et social. Nous avons pu montrer dans notre étude que leur suivi à la maternité est plus tardif et que la grossesse est en majorité, mal suivie. Le risque d'accouchement prématurité et d'anémie est plus important chez ces patientes. On retrouve également plus d'accouchements prématurés et plus d'hypotrophie néonatale. En revanche, on retrouve moins de césariennes et d'extractions instrumentales, l'accouchement en lui-même semble plus physiologique. Une prise en charge nutritionnelle en amont est essentielle pour lutter contre les carences martiales ainsi que la lutte contre le tabagisme sont des points majeurs à mettre en place chez ces patientes.

Ces grossesses demeurent un enjeu médico-social important pour les maternités. S'il n'y a pas lieu de craindre de possibles complications obstétricales, il n'en reste pas moins qu'elles doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée pour améliorer au mieux le suivi de ces grossesses et lutter contre les autres facteurs de risques de prématurité. Il est donc essentiel de tenir compte des conditions de vie de ces adolescentes et de leurs fragilités propres à chacune, notamment concernant les violences faites aux femmes qui est une source de vulnérabilité supplémentaire.

Pour finir, une patiente qu'elle soit âgée de 13, 15 ou encore 17 ans qui fait face à une grossesse reste une grossesse à risque qui mérite toute notre attention. Il est donc indispensable de mettre en place, dans nos maternités, un accompagnement psycho-social à long terme. La maternité

chez ces jeunes filles doit absolument être considérée comme un signe de fragilité psychologique, et/ou socio-économique, un signe de précarité et de vulnérabilité qui doit être un signal d'alarme pour tous les soignants et nous amener à la plus grande bienveillance envers elles.

## **VI- Bibliographie :**

1. Papon S. 759 000 nouveau-nés en France en 2018 : seulement 12 000 ont une mère de moins de 20 ans - Insee Première - 1773 [En ligne]. 2019 Disponible sur : [https://www.insee.fr/fr/statistiques/4211194#figure3\\_radio2](https://www.insee.fr/fr/statistiques/4211194#figure3_radio2). Consulté le 17/02/2021
2. Seince N., Pharisen I., Uzan M., Grossesse et accouchement des adolescentes, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie/Obstétrique, 5-016- D-10, 2008. 6p.
3. Uzan M. La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Rapport au Directeur général de la santé. Paris : Avril 1998. [en ligne] : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984001918/index.shtml>. (Consulté le 19 décembre 2020)
4. Le Van Charlotte, Les grossesses à l'adolescence. Normes sociales, réalités vécues, Paris, L'Harmattan, 1998, 206 p.
5. Organisation Mondiale de la Santé. Adolescents : risques sanitaires et solutions. [en ligne] : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> (Consulté le 13 novembre 2019).
6. Organisation Mondiale de la Santé Développement des adolescents. [en ligne] : [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/) (Consulté le 14 novembre 2019).
7. Marcault G, Pierre F. Grossesse chez l'adolescente. Actes du colloque Grossesse et Adolescence du 9 décembre 2000 – Poitiers. p.57-63
8. Soula O., Carles G., Largeaud W., et al., Grossesses et accouchement chez les adolescentes de moins de 15 ans, Etude de 181 cas en Guyane française. J Gynécologie Obstétrique Biologie de la Reproduction, MASSON Paris 2006, volume 35, n°1, p. 53-61
9. Hediger ML, Scholl TO, Schall JI, Krueger PM. Young maternal age and preterm labor. Annals of Epidemiology. 1 août 1997 ; 7 (6) : 400-6.
10. Spillman M. Maternité des mineures au CHU de Nantes- Etude d'une série de 146 dossiers de 2003 à 2007. [Thèse de médecine]. Université de Nantes ; 2008 : 97p

11. Debras E, Revaux A, Bricou A, et al. Devenir obstétrical et néonatal des grossesses chez les adolescentes : cohorte de patientes en Seine-Saint-Denis. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. sept 2014 ; 42 (9) : 579-84.
12. Vinatier D, Patey-Savatier P, Monnier JC. Généralité sur la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). *Obstétrique*, 5016 D10, 1987.
13. Filou A. La maternité à l'adolescence : une prise en charge spécifique ? Analyse de l'impact des recommandations faites dans un rapport de 1998 sur une population d'adolescentes ayant mené leur grossesse à terme : étude comparative 1998-2010 dans cette même maternité. [Mémoire de diplôme d'état de Sage-femme]. Université Paris Descartes. 2011 ; 103p
14. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale rapport 2016 : Les naissances et les établissements situation et évolution depuis 2010. Octobre 2017.
15. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Novembre 2005.
16. Dedecker F, de Bailliencourt T, Barau G, et al. Étude des facteurs de risques obstétricaux dans le suivi de 365 grossesses primipares adolescentes à l'île de la Réunion. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. nov 2005 ; 34 (7) : 694-701.
17. De Vienne CM, Creveuil C, Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes : A cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1 déc 2009 ; 147 (2) : 151-6.
18. Réseau sécurité naissance. Centre hospitalier universitaire de Nantes (44). 2018 [en ligne] : <https://www.reseau-naissance.fr/chu-de-nantes-44/> (Consulté le 21 novembre 2020)
19. Kaplanoglu M, Bülbül M, Konca C, Kaplanoglu D, Tabak MS, Ata B. Gynecologic age is an important risk factor for obstetric and perinatal outcomes in adolescent pregnancies. *Women Birth*. 1 déc 2015 ; 28 (4) : e119-23.
20. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Les drogues durant les années lycées : Résultats de l'enquête ESPAD 2015 en France. Septembre 2016. [en ligne] : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssw9.pdf> (consulté le 23 septembre 2019)

21. Faucher P, Dappe S, Madelenat P. Maternité à l'adolescence : analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers. 2020 ; 9.
22. Code civil. Article 144. 2013. [en ligne] : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000027431990](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027431990). (Consulté le 12 avril 2021).
23. E.Dréano. La grossesse chez les femmes roms migrantes de l'agglomération nantaise : impact de la mise en place d'un carnet de maternité adapté et propositions d'accompagnement. [Mémoire de diplôme d'état de Sage-femme]. Nantes, 2016 ; 60p
24. Médecins du Monde. Médecins du Monde auprès des femmes Rroms. 2008. [en ligne] : <http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Dossiers-de-presse/France/Medecins-du-Monde-aupres-des-femmes-Rroms-Mars-2008>. (Consulté le 22 mars 2021)
25. Médecin du monde. Rapport d'activité 2010. Mission auprès des Roms à Nantes. Juin 2011. p22
26. Marcelli D. Adolescence, grossesse et sexualité : une douloureuse conjonction. Actes du colloque Grossesse et Adolescence du 9 décembre 2000, Poitiers. p. 37-43
27. Code de l'Education. Article L131-1 [Internet]. 2015. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006524422&cidTexte=LEGITEXT000006071191> (Consulté le 12 avril 2021)
28. Observatoire régionale de santé Ile-de-France. Grossesses non prévues en Île-de-France : Résultats du Baromètre de Santé publique France 2016. Juin 2019. p44.
29. M.Mercier. Protéger les mineurs victimes d'infractions sexuelles. Rapport d'information n° 289 (2017-2018) [En ligne] : [http://www.senat.fr/rap/r17-289/r17-289\\_mono.html#toc10](http://www.senat.fr/rap/r17-289/r17-289_mono.html#toc10) (Consulté le 20 avril 2021)
30. MIPROF. Les viols, tentatives de viols et agressions sexuelles en France. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes, Novembre 2016 (n°10), p. 2.
31. Goldmann Catherine. Le prix de la migration au féminin : viol, violences, prostitution. Empan, Avril 2019 (n° 116), p. 61-65.
32. C. Boitiaux, « Agressions sexuelles contre les femmes migrantes : Gynécologie sans frontières pousse un cri d'alarme », Infomigrants.net, 15 mai 2017. Disponible sur :

<https://www.infomigrants.net/fr/post/2250/agressions-sexuelles-contre-les-femmes-migrantes-gynecologie-sans-frontieres-pousse-un-cri-d-alarme>

33. Wemaux-Denis C, Garabedian C, Huc A, et al. Grossesse et accouchement de l'adolescente : le pronostic obstétrical est-il plus défavorable entre 13 et 15 ans ? *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 janv 2017 ; 45 (1) : 5-8.
34. Genest L, Decroix H, Rotten D, Simmat-Durand L. Maternités précoces : profils sociodémographiques de 220 mères adolescentes en Seine-Saint-Denis. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Mai 2014 ; 43 (5) : 351-60.
35. Usta IM, Zoorob D, Abu-Musa A, Naassan G, Nassar AH. Obstetric outcome of teenage pregnancies compared with adult pregnancies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2008 ; 87 (2) : 178-83.
36. Alvin P. Sexualité et grossesse à l'adolescence entre nature et culture. Actes du colloque *Grossesse et Adolescence* du 9 décembre 2000, Poitiers. p. 113-117
37. Breton B, Peres A, Barranger E. Grossesses non suivies : historique, issues materno-fœtales et devenir. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. mars 2013 ; 41 (3) : 173-8.
38. Haute autorité de santé (HAS). Recommandations professionnelles : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2007.
39. Jerome L. La grossesse chez les adolescentes [Mémoire de diplôme d'Etat de Sage-femme]. Angers ; 2010. 52p
40. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. Janvier 2009 (n°64)
41. Montay L. Grossesses non prévues : significations et fonctions : un autre regard sur l'interruption volontaire de grossesse. [Mémoire de diplôme d'état de sage-femme]. Académie de Paris ; 2014. p127.
42. Insee. Fécondité selon l'âge détaillé de la mère. Données 2020 [En ligne] : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381386#tableau-figure1>. Consulté le 10/06/2020
43. Organisation Mondiale de la Santé (page consulté le 13 novembre 2019). Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé. [en ligne]. [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/preventing\\_early\\_pregnancy/fr/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/fr/)

44. Borg A. Grossesse chez les adolescentes : Complications obstétricales et foetales à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy [Mémoire de diplôme d'état de Sage-Femme] Nancy, 2012 ; 51p
45. Audipog. Courbe de morphologie standard. [En ligne] : <https://www.audipog.net/Courbes-morpho>

## Annexes 1 : Recueil de donnée

CSE :

- Age :
- Statut marital :
- Profession :
- Logement :
- Situation :
- Origine :

ATCD :

- Toxicomanie : cs tabaco ?
- Violence :
- G/P :
- Médical :
- Gynéco :
- Contraception :
- Grossesse prévue
- Rapport consenti ?

Suivie de grossesse :

Grossesse suivie ?

- UGOMPS : feuille de parentalité :
- PNP :
- Terme 1ère CS :
- Nombre :
- Prise de poids :
- UGO :

Echo :

- Terme écho 1
- Monofoetale /Gémellaire
- Nombres écho
- Malformation
- Placenta

- EPF (T3)
- Doppler

Biologie :

- Séro faite < W
- Anémie :

Complication fœtale (RCIU PAG Macrosomie) :

Complication obst : MAP DG HTA PE RPM HRP :

H° en cours de grossesse / nombre :

Accouchement :

- Durée W :
- Terme
- Présentation
- VB/cesar/instrument :
- Complication W (AERCF, Hyperthermie) :
- Délivrance
- Déchirure :
- HDD
- RU

SDC :

- Apgar :
- Poids
- Taille
- PC :
- Nutrition :
- Lien mère enfant :
- Durée du séjour
- Particularité :
- Suivre RAD/Foyer :
- Suivre BB :
- Visite post-natale
- Contraception

## Annexe 2 : tableau analyse de différentes études :

		SOUL A.O [1]	SEINCE N [2]	FILOU. A [15]	DEDEC KER F [5]	DEBRAS E [4]	KAPLANOG LU M [9]	
<b>CSE</b>	Couple							
	Seule		51 %		84,4 %			
	Sans logement							
	Scolarisée		24,6 %					
	Désir de grossesse			21,9 %				
	Nationalité étrangère		74,2 %					
Tabac				17 %	13 %	<b>19 %</b>		Plus p < 0,05
<b>ATCD</b>	Cannabis							
	Autre				OH 0,3 %			
	Violence							
	Contracepti on							
	ATCD		6,7 %	13 %	4,4 %			
	IVG							
Primipare		85,2 %	89,3 %	89,5 %				
Multipare		12,1 %						
Surpoids					15,2 %			
Obésité					4,7 %			
<b>GROSSESS E</b>	PNP							
	Total cs	2,12						
	> 6cs	<b>25 %</b>						Moins p < 0,05
	De 1 à 3 cs	<b>40,7 %</b>						Plus p < 0,05
	Suivie irrégulier %	45,70 %	28 %					
	UGO > = 1 UGO > = 3							
IU	<b>5,2 %</b>		5 %				Plus p < 0,05	
PNA	0,6 %							
Nbre moyen 1 <sup>ère</sup> écho	22,37							
<b>COMPLIC ATIONS</b>	RCIU/PAG						<b>9,9 % R ICU</b>	Plus p < 0,05
	Macrosomi e							
	MAP	<b>16,3 %</b>		10 %	<b>plus</b>	<b>9,5 % &lt; 16</b>		Plus p < 0,05
	DG	0 %		5 %	<b>0,5 %</b>	<b>13,9 % 16-18</b> <b>1 % &lt; 16</b>	3,9 %	

						<b>1,4 % 16-18</b>		Moins p < 0,05
	HTA	0,6 %						
	PE	4,1 %	2,7 %	4 %			6 %	
	RPM						<b>10,7 %</b>	Plus p < 0,05
	H°			43,2 %	27,6 %			
	Anémie	<b>16,1 %</b>	31,4 %	40,8 %		<b>Taux d'Hb + faible</b>		Plus p < 0,05
<b>TRAVAIL</b>	Spontané			74 %		<b>69 % &lt; 16 ans</b>		Plus p < 0,05
	Déclenchement Césarienne < W	10,7 %		3 %		<b>21,9 %</b>		Moins p < 0,05
	Siège APD	20 %		4,2 %				
	Synto sur W spont							
	LAM/T							
	ARCF							
	Césarienne	11,6 %	8,8 %	11,8 %	6,1 %		19,7 %	
	Extraction instrumental	11,6 %	18,5 %	20,7 %	9,9 %	<b>18,0 %</b>		Moins p < 0,05
	RSM > 48H							
	Episio Déchirure			30,2 %	20,7 %			
	HDD sévère		5,4 %			Pas de différence	8,6 %	
	RU							
	Durée moy	4,11						
<b>NOUVEAU -NE</b>	Apgar < 7 1mn	<b>15,7 %</b>						Plus p < 0,05
	Apgar < 7 5 mn							
	Prématurité	19,5 %	8,8 %	10 %	17,2 %	<b>(32-37SA) 16,7 % &lt; 16</b>	<b>17,1 %</b>	Plus p < 0,05
						<b>7,5 % 16-18</b>		
	Transfert BB	25 %					<b>14,6 % (SI)</b>	Plus p < 0,05
	Hypotrophie < 10ep	23,8 %		19,5 %	14,9 %		<b>13,3 %</b>	
	AM exclusif	98,3 %		65,7 %				
	Durée du séjour	3,88j						

## **Résumé**

**Objectif :** Étudier les grossesses chez les patientes mineures au CHU de Nantes, en évaluer la fréquence, le suivi et les éventuelles conséquences de ces grossesses sur l'avenir maternel, obstétrical, fœtal et néonatal.

**Matériel et méthode :** Étude rétrospective de 213 patientes mineures au moment de la grossesse entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 31 décembre 2019.

**Résultats :** Ce sont des grossesses en majorité mal ou non suivi (54,9 %) et 56 % des patientes ont pu avoir au moins une consultation à l'UGOMPS. Sur les 34,7 % de grossesses non prévues, 46 % des patientes ne prenaient pas de contraception. Le pronostic socio-économique est plus défavorable avec 47 % de patientes déscolarisées et 31 % de patientes sans activités. On retrouve chez ces patientes plus de menace d'accouchement prématuré (13,1 %) et plus d'anémie du troisième trimestre (49,3 %). D'un point de vue néonatal on retrouve plus de prématurités (9,38 %) et plus d'hypotrophie (30 %). D'un point de vue culturel, on retrouvait plus de grossesses prévues chez les patientes appartenant à la culture Roms (60 %) que les patientes Françaises (40 %). Le lien mère-enfant était à surveiller dans 20 % des cas. La visite postnatale était organisée dans 30,5 % des cas.

**Conclusion :** Si les grossesses chez ces patientes ne semblent pas données plus de complications obstétricales, elles restent tout de même à risque d'un point de vue néonatal avec plus de prématurité et d'hypotrophie néonatale. Il semblerait qu'un meilleur suivi permettrait d'améliorer les possibles complications. Ces grossesses restent tout de même un enjeu majeur d'un point de vue socio-économique avec une majorité de patiente déscolarisé ou sans activité.

**Mots-clés :** Adolescence, maternité, minorité, culture, périnatalité