

(département plus ou moins fréquemment concerné selon les étés), caractéristiques de la population (proportion de personnes vulnérables), mesures mises en place par les autorités préfectorales. Ceci contribuerait à améliorer l'efficacité des politiques de prévention envers les populations vulnérables.

#### Remerciements

Nous remercions vivement Météo-France pour son appui technique et la fourniture des données météorologiques, ainsi que tous les acteurs du Sacs au niveau local et national. Nous remercions également Pascal Beaudeau et Georges Salines de l'InVS pour leur relecture de cet article.

#### Références

- [1] Fouillet A, Rey G, Wagner V, Laaidi K, Empereur-Bissonnet P, Le Tertre A, *et al.* Has the impact of heat waves on mortality changed in France since the European heat wave of summer 2003? A study of the 2006 heat wave. *Int J Epidemiol.* 2008;37(2):309-17.
- [2] Le Tertre A, Laaidi K, Jossier L, Wagner V, Jouglé E, Empereur-Bissonnet P, *et al.* Première estimation de l'impact de la vague de chaleur sur la mortalité durant l'été 2006, France. *Bull Epidemiol Hebd.* 2007;(22-23):190-2.
- [3] Ledrans M. Impact sanitaire de la vague de chaleur de l'été 2003 : synthèse des études disponibles en août 2005. *Bull Epidemiol Hebd.* 2006;(19-20):130-7.
- [4] Le Tertre A, Lefranc A, Eilstein D, Declercq C, Medina S, Blanchard M, *et al.* Impact of the 2003 heatwave on all-cause mortality in 9 French cities. *Epidemiology.* 2006;17(1):75-9.

- [5] Laaidi K, Ung A, Wagner V, Beaudeau P, Pascal M. Système d'alerte canicule et santé : principes, fondements et évaluation. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012. 19 p. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2012/Systeme-d-alerte-canicule-et-sante-principes-fondements-et-evaluation>
- [6] Pascal M, Laaidi K, Ung A, Beaudeau P. Méthodes d'analyse de l'impact sanitaire des vagues de chaleur : suivi en temps réel, estimation *a posteriori*. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 48 p. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Climat-et-sante/Chaleur-et-sante/Publications>
- [7] Antics A, Pascal M, Laaidi K, Wagner V, Corso M, Declercq C, Beaudeau P. A simple indicator to rapidly assess the short-term impact of heat waves on mortality within the French heat warning system. *Int J Biometeorol.* 2013;57(1):75-81.
- [8] Pascal M, Le Tertre A, Saoudi A. Quantification of the heat wave effect on mortality in nine French cities during summer 2006. Version 2. *PLoS Curr.* 2012 Feb 23 [revised 2012 Mar 12];4:RRN1307.
- [9] Laaidi K, Zeghnoun A, Dousset B, Bretin P, Vandentorren S, Giraudet E, *et al.* The Impact of heat islands on mortality in Paris during the August 2003 heatwave. *Environ Health Perspect.* 2012;120(2):254-9. Disponible à : <http://ehp03.niehs.nih.gov/article/information/10.1289/ehp.1103532> DOI : <http://dx.doi.org/10.1289/ehp.1103532>
- [10] Salines G, Lorente C, Serazin C, Adonias G, Gourvellec G, Lauzeille D, *et al.* Étude des facteurs de risque de décès des personnes âgées résidant en établissement durant la vague de chaleur d'août 2003. Saint-Maurice:

Institut de veille sanitaire; 2005. 114 p. Disponible à : [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=5627](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=5627)

- [11] Vandentorren S, Bretin P, Zeghnoun A, Mandereau-Bruno L, Croisier A, Cochet C, *et al.* August 2003 heat wave in France: risk factors for death of elderly people living at home. *Eur J Public Health.* 2006;16(6):583-91.

- [12] Hémon D, Jouglé E. Surmortalité liée à la canicule d'août 2003 - rapport d'étape. Estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques. Villejuif: Inserm; 2003. 29 p. Disponible à : [http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/pdf/rapport\\_canicule\\_03.pdf](http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/pdf/rapport_canicule_03.pdf)

- [13] Ishigami A, Hajat S, Kovats RS, Bisanti L, Rognoni M, Russo A, *et al.* An ecological time-series study of heat-related mortality in three European cities. *Environ Health.* 2008 ;7:5. doi: 10.1186/1476-069X-7-5.

- [14] Schifano P, Cappai G, De Sario M, Michelozzi P, Marino C, Bargagli AM, Perucci CA. Susceptibility to heat wave-related mortality: a follow-up study of a cohort of elderly in Rome. *Environ Health.* 2009;8:50. doi: 10.1186/1476-069X-8-50.

- [15] Ostro BD, Roth LA, Green RS, Basu R. Estimating the mortality effect of the July 2006 California heat wave. *Environ Res.* 2009;109(5):614-9.

- [16] Johnson H, Kovats RS, McGregor G, Stedman J, Gibbs M, Walton H, *et al.* The impact of the 2003 heat wave on mortality and hospital admissions in England. *Health statistics quarterly / Office for National Statistics* 2005;(25):6-11.

## Grossesses précoces à La Réunion : étude menée en 2009 auprès de 145 jeunes filles mineures

Sarah Arnoulx de Pirey (sarah.arnoulx-depirey@chu-reunion.fr)<sup>1</sup>, Alain Domercq<sup>2</sup>, Stéphanie Fayulle<sup>3</sup>, Anca Birsan<sup>4</sup>, Servane Di Bernardo<sup>1</sup>

1/ Service de médecine polyvalente, CHU de Saint-Denis, La Réunion, France 2/ Cabinet médical, Saint-André, La Réunion ; Association réunionnaise de prévention du sida, France  
3/ Service de médecine polyvalente, Centre hospitalier, Saint-Benoît, La Réunion, France 4/ Service de gynécologie-obstétrique, CHU de Saint-Denis, La Réunion, France

#### Résumé / Abstract

**Introduction-Méthode** – En 2007, 12% des interruptions volontaires de grossesse (IVG) concernaient des mineures à La Réunion, soit 2 fois plus qu'en France métropolitaine, et le nombre d'accouchements de jeunes filles mineures y était 7 fois plus important. Cette enquête par questionnaire a recueilli des données médico-sociales sur une population de mineures ayant recours à une IVG ou ayant accouché entre avril et octobre 2009 dans différents centres d'orthogénie et maternités de La Réunion.

**Résultats** – Plus de 85% des jeunes filles interrogées étaient scolarisées, dont la moitié en collège ou lycée d'enseignement général. Dans 23,4% des cas, les mères des jeunes filles avaient elles-mêmes eu une première grossesse avant 18 ans. Le médecin traitant constituait le premier professionnel contacté pour 57,9% des jeunes filles. Seules 28,3% d'entre elles utilisaient une contraception au moment de la conception. Plus de 52% des jeunes mères désiraient cette grossesse et/ou enfant. Un rapport sexuel forcé a été rapporté par 1,4% des adolescentes.

**Conclusion** – Dans cette étude, conception précoce n'est pas systématiquement associé à déscolarisation avant la grossesse. Ces mineures sont plutôt confrontées à une utilisation mal maîtrisée des moyens contraceptifs, le plus souvent par manque d'anticipation des rapports sexuels. Il est nécessaire d'accompagner au mieux les adolescentes concernées par les conceptions précoces, notamment en renforçant la place du médecin généraliste.

#### *Early pregnancies in La Reunion Island (France): a study conducted in 2009 among 145 minor girls*

**Introduction-Method** – In 2007, 12% of voluntary terminations of pregnancy concerned minor girls in La Reunion Island (France), representing twice the rate observed in mainland France. By comparison, seven times more girls gave birth in the island than in mainland France. This study describes the health and social status of a population of female minors resorting to voluntary abortion or having given birth between April and October 2009 in various maternity hospitals and family planning centers.

**Results** – More than 85% of young girls were enrolled at school, including half in college or high school. In 23.4% of cases, the mothers of the girls interviewed have had their first pregnancy before 18 years. The general practitioner was the first professional contacted for 57.9% of the girls. Only 28.3% of them were using contraception at the time the conception occurred. More than 52% of young mothers wanted to be pregnant or have a child. A forced sexual intercourse was reported by 1.4% of the teenagers.

**Conclusion** – In this study, early motherhood does not mean a systematic lack of education before the pregnancy. Minor girls were rather faced with poor use of contraceptives, mostly due to the lack of anticipation of sexual intercourse. It is necessary to give the best support to the teen girls concerned with early conception, in particular by strengthening the general practitioner's role.

#### Mots-clés / Keywords

Grossesses précoces, IVG, maternité désirée, médecine générale, La Réunion / Early pregnancies, voluntary abortion, desired maternity, general practice, La Reunion Island

## Introduction

Les grossesses précoces chez de très jeunes filles font souvent débat dans l'opinion publique et mobilisent les pouvoirs publics, tant dans les pays en voie de développement que dans les nations industrialisées.

L'île de La Réunion est le deuxième département français en termes de grossesses précoces, derrière la Guyane [1], et le troisième en termes d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez les mineures [2]. Il y est dénombré deux fois plus d'IVG et sept fois plus d'accouchements qu'en métropole [2;3]. Depuis ces dix dernières années, le nombre de naissances chez les moins de 18 ans y est relativement stable, autour de 600 par an. Mais la proportion d'IVG dans cette tranche d'âge n'a cessé de progresser, passant de 6,2% en 1996 à 12% en 2008 [2;3]. Et ce, malgré les politiques de prévention nationales ou locales, les modifications de la législation sur l'IVG et l'instauration de la contraception d'urgence. Nous avons voulu, au sein d'un échantillon de mineures enceintes :

- étudier une population d'adolescentes ayant recours à une IVG ou ayant accouché ;
- décrire leur environnement sociodémographique et leur parcours de soins ; analyser leur utilisation des moyens contraceptifs ; évaluer si leur maternité était ou non désirée.

Nos résultats sont comparés à ceux d'études similaires chez des jeunes filles mineures en métropole.

## Méthodes

Cette étude a été menée pendant six mois, d'avril à octobre 2009, auprès des jeunes filles mineures ayant eu recours à une IVG ou ayant accouché durant cette période dans toutes les maternités publiques, centres d'orthogénie, cliniques et cabinets libéraux de La Réunion.

Un questionnaire a été remis sur site aux jeunes filles concernées, par le personnel médical et/ou paramédical de l'établissement. Ce questionnaire était accompagné d'une note explicative à l'attention des intéressées. Il était composé de réponses à choix simples ou multiples, à l'exception d'une question à réponse ouverte. Les différents items étaient répartis par thèmes identiques pour les deux groupes, « participantes ayant eu recours à l'IVG » et « participantes ayant mené leur grossesse à terme », excepté pour les dernières questions :

- **données médico-sociales** : lieu, âge et antécédents obstétricaux (renseignés par les équipes médicales et paramédicales) ;
- **données socio-familiales** : lieu d'habitation, âge du concubin, situation professionnelle du couple, nombre de frères et sœurs et âge de la mère de la jeune fille à son premier enfant ;
- **parcours de soins** : premier professionnel de santé contacté, délai de prise en charge ;
- **raisons de la grossesse** : grossesse désirée, problème de contraception...
- **moyens de contraception et utilisation** ;
- pour les participantes ayant eu recours à l'IVG : **investissement des proches et adulte accompagnant** ;
- pour les participantes ayant mené leur grossesse à terme : **IVG envisagée, motifs du changement de décision.**

## Résultats

Sur les 160 jeunes filles mineures sollicitées, 145 ont accepté de compléter le questionnaire : 97 d'entre elles ont eu recours à une IVG et 48 ont accouché sur la période étudiée. Malgré une volonté initiale de mener cette enquête auprès de toutes les structures réalisant des IVG en établissements privés, publics ou les cabinets généralistes ou spécialistes, aucun questionnaire n'a été retourné par les cabinets libéraux.

### Profil médico-social et familial des participantes

La majorité des participantes avaient 16 ou 17 ans (81,4%, n=118). Seules 5,6% d'entre elles (n=8) avaient moins de 15 ans. Concernant les antécédents obstétricaux, il s'agissait le plus souvent d'une première grossesse (83,4%, n=121). Près de 8,3% d'entre elles (n=12) avaient déjà un enfant et 7,6% (n=11) avaient déjà eu recours à une IVG. Une jeune fille avait fait le choix d'une deuxième IVG après une grossesse menée à terme (0,7%). Leur taux de scolarisation est estimé à 85,5% (n=124), dont la moitié en collège ou lycée d'enseignement général. La plupart d'entre elles habitaient chez leurs parents (87,6%, n=127). Elles étaient 4,1% (n=6) à être placées en foyer. En s'intéressant à l'histoire familiale, il apparaît que 23,4% des mères des jeunes filles interrogées (n=34) avaient elles-mêmes eu une première grossesse avant l'âge de 18 ans, et seules 15,9% (n=23) avaient eu leur premier enfant après 25 ans.

### Environnement familial et parcours de soins

Certains résultats ont été présentés en différenciant les participantes en deux groupes selon le critère : IVG ou poursuite de la grossesse.

#### Les jeunes filles ayant eu recours à l'IVG

Dans la majorité des cas, le partenaire des 97 jeunes filles ayant eu recours à l'IVG avait été le premier informé de la grossesse, suivi par la mère. Le père semblait prendre très peu part à la décision (figure 1). Après les avoir informés, 74,2% des jeunes filles (n=72) estimaient avoir été aidées par leur entourage proche (familial et/ou concubin) dans

leur choix de poursuivre ou non leur grossesse. Les principales raisons de la décision d'IVG étaient le jeune âge, les études et l'emploi.

Le médecin traitant constituait le premier professionnel contacté pour plus de la moitié des jeunes filles. L'infirmière diplômée d'État (IDE) scolaire ne jouait qu'un rôle secondaire (figure 2).

Seules 28,9% des mineures désirant une IVG (n=28) avaient obtenu un premier rendez-vous dans les délais recommandés par la Haute Autorité de santé, soit dans les 5 jours suivant la première prise de contact. Les IVG par voie chirurgicale ont concerné 78,3% des jeunes filles (n=76).

Pour environ la moitié des adolescentes (51,5%, n=50), les parents ont été tenus au courant de cette intervention. Mais plus les jeunes filles étaient proches de leurs 18 ans, moins elles avertissaient leurs parents de cette IVG. Elles s'adressaient alors, en majorité, directement à la PMI (Protection maternelle et infantile) ou au Planning familial. Le partenaire remplissait le plus souvent le rôle d'adulte accompagnant auprès des jeunes filles mineures les plus âgées, suivi par la mère (figure 3). Cette proportion s'inversait chez les plus jeunes. Le père était très peu cité, quel que soit l'âge de la jeune fille.

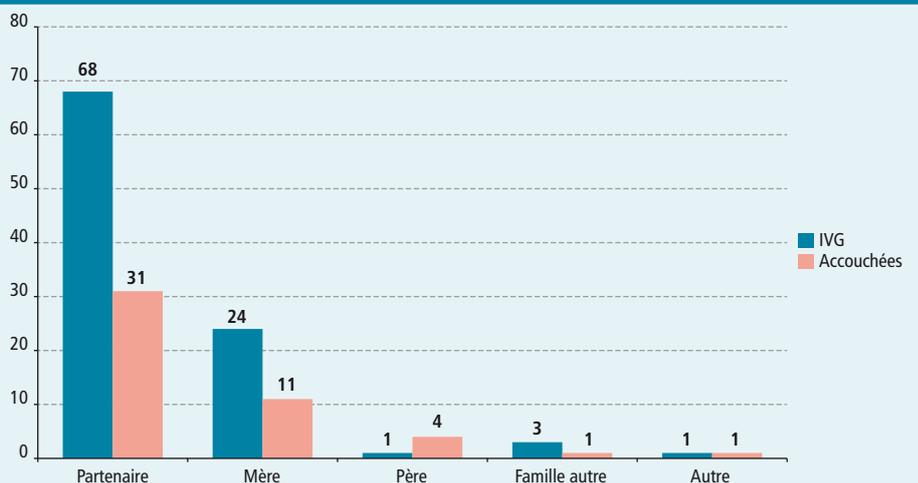
#### Les jeunes filles ayant mené leur grossesse à terme

Pour les 48 adolescentes ayant accouché au cours de la période d'étude, le partenaire était également la première personne informée de la grossesse, suivi de la mère.

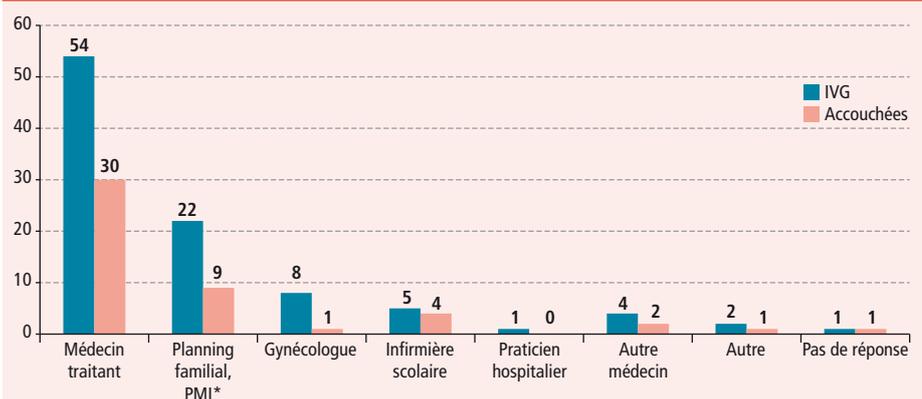
Les jeunes mères estimaient avoir été aidées dans 70,8% des cas (n=34) par leur entourage proche (familial et/ou concubin), et même soutenues dans leur choix pour 35,3% d'entre elles (n=12). La majorité justifiaient leur choix de poursuivre leur grossesse par des notions subjectives comme l'amour, le bonheur... Une minorité d'entre elles (8,8%, n=3) avaient fait ce choix par conviction religieuse et 5,9% (n=2) déclaraient ne pas avoir eu le choix en raison du dépassement du terme légal pour l'IVG. Le paramètre financier n'a pas été évoqué directement.

Parmi les mineures ayant accouché, 62,5% (n=30) s'étaient d'abord tournées vers leur médecin traitant.

Figure 1 Première personne informée de la grossesse par les jeunes filles mineures enceintes (n=145), La Réunion, 2009 / Figure 1 First contact point informed by the teenagers (n=145) about their pregnancy, La Reunion Island (France), 2009

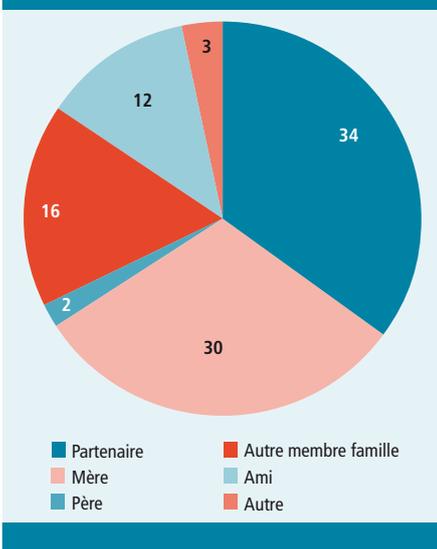


**Figure 2 Premier professionnel médical contacté pour la grossesse par les jeunes filles mineures enceintes (n=145), La Réunion, 2009 / Figure 2 First medical professional contacted by the pregnant teenagers (n=145), La Reunion Island (France), 2009**



\*PMI : Protection maternelle et infantile.

**Figure 3 Adulte accompagnant les jeunes filles mineures enceintes dans leur démarche d'IVG (n=97), La Réunion, 2009 / Figure 3 Adult accompanying the pregnant teenagers during the abortion process (n=97), La Reunion Island (France), 2009**



### Utilisation de la contraception (tableau 1)

Parmi les 145 jeunes filles, près d'un quart n'avaient jamais employé de moyen contraceptif. Les 108 adolescentes ayant déjà utilisé une contraception ont majoritairement cité le préservatif (79,6%, n=86), suivi de la pilule (45,4%, n=49). Pour 5,6% d'entre elles (n= 6), le retrait ou la période du cycle ont été cités comme méthode contraceptive.

Près des trois quarts des adolescentes (41,7%) n'utilisaient pas de moyen contraceptif le mois où la grossesse a débuté. Parmi elles, 33,6% (n=35) ont fait part d'un manque d'anticipation des rapports sexuels (pas de partenaires réguliers, rapports sexuels non prévus...). Vingt-six pour cent (26%) des adolescentes (n=27) estimaient ne pas pouvoir être enceinte dès le premier rapport sexuel (que ce soit le premier rapport d'une vie sexuelle ou le premier rapport avec un partenaire donné). Certaines mineures ont dénoncé des difficultés d'accès à la contraception, d'ordre financier ou de confidentialité. Enfin, 10,6% des jeunes filles (n=11) estimaient pouvoir faire revenir leurs règles par d'autres moyens, notamment les soins aux herbes issus de la culture créole.

Concernant la contraception d'urgence, plus de 90% des adolescentes (n=132) en connaissaient l'existence et les modalités d'utilisation, mais seules 16,6% (n=24) l'ont utilisée. Des difficultés d'accès étaient là aussi rapportées par 6,6% d'entre elles (n=8) : coût trop élevé, trop délicate à demander.

### Raisons de la grossesse (tableau 2)

Les motifs de la grossesse différaient selon le groupe. Près de la moitié des adolescentes ayant opté pour l'IVG expliquaient cette grossesse par un problème de contraception, les autres déclarant ne pas y avoir eu recours. Parmi les jeunes filles ayant fait le choix de l'IVG, 3,1% ont rapporté un désir initial de grossesse et/ou d'enfant, envie partagée par 7,2% des partenaires. Concernant les adolescentes ayant choisi de poursuivre leur grossesse, plus de la moitié ont expliqué leur choix par un désir de grossesse et/ou d'enfant ; 20,8% des partenaires partageaient ce projet.

Cette question étant à choix multiples, il semble exister une confusion entre « absence de contraception » et « problème de contraception » (oubli...), expliquant ainsi la divergence de résultats avec l'item « utilisation de la contraception » : 71,7% des adolescentes déclaraient ne pas avoir utilisé de contraception le mois où la grossesse a débuté dans le tableau 1, contre 41,4% d'entre elles dans le tableau 2.

Sur les 145 adolescentes ayant répondu, 2 ont déclaré avoir subi un rapport sexuel forcé.

### Discussion

Nous avons obtenu un meilleur retour de l'enquête traitant de l'IVG. Le caractère itératif des consultations nécessaires à son bon déroulement a rendu plus facile sa diffusion. L'accouchement d'une mère mineure est un sujet délicat, et les jeunes filles peuvent être plus réticentes à aborder la question. Si le département de La Réunion possède un taux de natalité chez les mineures supérieur à celui de la métropole, il n'y a pas pour autant de grossesses à répétition chez les moins de 18 ans [4]. Le devenir obstétrical de ces jeunes filles n'a pas été étudié mais, d'après la littérature, la survenue d'une grossesse avant 20 ans constitue un facteur de risque d'IVG multiples [5-7]. Cette étude montre qu'une très forte majorité des mineures enceintes est scolarisée quelle que soit la voie d'orientation (enseignement général ou professionnel). Cette constatation est loin des taux relevés de déscolarisation avant la grossesse chez les mineures dans différentes enquêtes menées en métropole [4;5;8;9]. Sans pouvoir affirmer que les adolescentes reproduisent un schéma maternel en termes de grossesses précoces, il apparaît que, dans l'ensemble, les mères de ces mineures enceintes ont-elles-mêmes eu leur premier enfant très jeune. Cela est peu documenté dans la littérature [10].

**Tableau 1 Recours à la contraception chez les jeunes filles mineures (n=145), La Réunion, 2009 / Table 1 Use of contraception among minor girls (n=145), La Reunion Island (France), 2009**

		Avec recours à l'IVG (n=97)	Accouchées (n=48)	Ensemble (n=145)
Avez-vous déjà utilisé un moyen de contraception ?	Oui	76 (78,4%)	32 (66,7%)	108 (74,5%)
	Non	21 (21,6%)	13 (27,1%)	34 (23,4%)
	Pas de réponse	0	3 (6,2%)	3 (2,1%)
Utilisiez-vous une méthode de contraception le mois où la grossesse a débuté ?	Oui	31 (32%)	10 (20,8%)	41 (28,3%)
	Non	66 (68%)	38 (79,2%)	104 (71,7%)

**Tableau 2 Raisons de la grossesse chez les jeunes filles mineures (n=145), La Réunion, 2009 / Table 2 Reasons of pregnancy among minor girls (n=145), La Reunion Island (France), 2009**

		Avec recours à l'IVG (n=97)	Accouchées (n=48)	Ensemble (n=145)
À votre avis, cette grossesse est arrivée car : (plusieurs réponses possibles)	Vous vouliez être enceinte et/ou avoir un enfant	3 (3,1%)	25 (52,1%)	28 (19,3%)
	Votre partenaire voulait un enfant	7 (7,2%)	10 (20,8%)	17 (11,7%)
	Vous n'utilisiez pas de contraception	45 (46,4%)	15 (31,2%)	60 (41,4%)
	Vous avez eu un problème de contraception (oubli, problème...)	46 (47,4%)	14 (29,2%)	60 (41,4%)
	Vous avez eu un rapport sexuel forcé	1 (1%)	1 (2,1%)	2 (1,4%)

NB : le total des pourcentages est supérieur à 100 car il s'agit d'une question à réponses multiples.

## Environnement familial et parcours de soins

Un certain nombre de grossesses précoces sont bien accueillies par les familles à La Réunion. La culture traditionnelle demeure importante, avec une transmission familiale des rites et croyances, et la fécondité reste très valorisée. Selon l'anthropologue L. Pourchez : « Dans les représentations féminines, chaque venue au monde consacre davantage la féminité de la mère et la virilité du père, en permettant la continuité des générations ». Une descendance nombreuse demeure auréolée d'un certain prestige dans la culture créole [11].

Le médecin traitant joue un rôle prépondérant dans la prise en charge des grossesses précoces. Il constitue le premier contact médical pour plus de la moitié des adolescentes. Dans l'enquête sur les IVG chez les mineures menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 2007 en métropole, les centres de planification familiale et de PMI sont les premiers lieux de contact lors d'une grossesse (37%), puis le médecin généraliste (22%) [4]. Cette différence avec les résultats de l'étude réunionnaise peut s'expliquer par une médecine de proximité plus développée et accessible sur le territoire réunionnais qu'en métropole. Dans cette même enquête de la Drees, plus de la moitié des mineures obtenaient une consultation en vue d'une IVG moins de 5 jours après le premier contact. Le taux beaucoup plus faible d'obtention d'un premier rendez-vous dans ces délais observé dans notre étude contribue à expliquer la très forte proportion (plus des trois quarts) des IVG par voie chirurgicale. Dans l'enquête en métropole, moins de la moitié des IVG réalisées chez les adolescentes faisaient appel à cette technique [4]. D'autres facteurs peuvent également expliquer cette différence entre La Réunion et la métropole : retard de diagnostic, difficultés d'orientation, ambivalence dans la décision...

Un des points importants à souligner est l'absence relative des parents dans la décision d'IVG et l'accompagnement des jeunes filles mineures, car seule une sur deux les a avertis de cette interruption de grossesse, contre 61% en métropole [4].

Le partenaire semble plus présent auprès des mineures ayant recours à une IVG à La Réunion qu'en métropole : il est l'adulte accompagnant pour plus d'un tiers des adolescentes concernées, contre 22% en métropole [4]. Il est donc essentiel que les messages de prévention et d'éducation soient autant à destination des jeunes filles que des garçons.

## Utilisation de la contraception

Près d'un tiers des adolescentes n'avaient pas anticipé la survenue de rapports sexuels. Aussi, l'absence de moyens contraceptifs tient pour beaucoup à leur utilisation mal maîtrisée et à une activité sexuelle

irrégulière [12-14]. Il existe vraisemblablement un décalage entre ce que les adolescentes savent de la contraception d'urgence et l'usage qu'elles en font. En effet, seulement 16,6% l'ont utilisée à La Réunion, comme en métropole. [4;9;15]. Pourtant, pour plusieurs auteurs, cette méthode pourrait constituer une réponse intéressante dans le cas d'une activité sexuelle irrégulière [5].

Il persiste chez ces adolescentes des idées fausses sur la fécondation et la contraception, dont certaines prennent leur source dans la culture créole même, comme par exemple une conception imaginée en deux temps, avec la croyance qu'il faut deux rapports non protégés pour que survienne une grossesse [11;12;14].

## Raisons de la grossesse

Une adolescente sur 2 ayant accouché déclare avoir eu un réel désir de grossesse et/ou d'enfant, désir d'enfant partagé par 1 partenaire sur 5. Cette idée de projet de couple se retrouve dans l'étude anthropologique menée en 2010 auprès de 53 jeunes mères réunionnaises : « De nombreux témoignages font état d'un désir d'enfant conjoint, du père et de la mère » [16].

Plusieurs facteurs sont avancés dans la littérature pour expliquer un désir d'enfant à l'adolescence : signal de détresse, recherche d'un statut social, comblement de carences affectives [5;9;17]. L'étude présentée ici ne permet pas d'aborder cet aspect. La forte proportion de mineures qui n'utilisaient pas de contraception au moment de la conception diffère de la situation en métropole (30%) [4]. Aussi, peut se poser la question d'une certaine ambivalence entre désir de grossesse et/ou désir d'enfant, mais également d'un rapport différent à la sexualité à La Réunion (connaissance des moyens de contraception, âge au premier rapport sexuel, mise en couple précoce...) [4;16].

## Conclusion

Les grossesses précoces à La Réunion ne coïncident pas systématiquement avec déscolarisation. Certaines de ces maternités peuvent être désirées et heureuses. Les mineures semblent confrontées à une utilisation mal maîtrisée des moyens contraceptifs, le plus souvent par manque d'anticipation des rapports sexuels.

À la suite de ces constatations, il semblerait utile de renforcer l'accompagnement des adolescentes à toutes les étapes de leur vie sexuelle. Bien que ne pouvant intervenir seul, le médecin généraliste a un rôle essentiel à jouer. Il conviendrait d'orienter au mieux les jeunes filles en demande d'IVG pour lutter contre les errances et les retards de prise en charge, et accompagner les grossesses désirées.

Il est constaté que les jeunes filles ayant des grossesses précoces à La Réunion n'ont pas les mêmes caractéristiques sociodémographiques qu'en métro-

pole. Mais, si le tableau dépeint y paraît moins dramatique, il convient de rappeler que cette étude n'aborde pas le devenir de ces très jeunes mères.

## Références

- [1] Aerts AT. La fécondité dans les régions depuis les années 1960. Insee Première. 2013;(1430):1-4. Disponible à : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1430/ip1430.pdf>
- [2] ARS Océan Indien. Les interruptions volontaires de grossesse à La Réunion en 2007 et 2008. Service études et statistiques. Infos Réunion études et statistiques. 2010;(19):1-4. Disponible à : [http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre\\_ARSEtudes\\_et\\_publications/Bulletins\\_Infos\\_Reunion/etudes\\_et\\_stat\\_IVG\\_2008definitif.pdf](http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARSEtudes_et_publications/Bulletins_Infos_Reunion/etudes_et_stat_IVG_2008definitif.pdf)
- [3] Institut national de la statistique et des études économiques. Natalité et fécondité. La parité entre les femmes et les hommes à La Réunion (mise à jour février 2012). [Internet]. Disponible à : [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=8712](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=8712)
- [4] Moisy M. Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante. Revue Française des Affaires Sociales. 2011;(1):162-98. Disponible à : <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-162.htm>
- [5] Uzan M. Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Paris : Secrétariat d'État à la santé ; 1998. 82 p.
- [6] Direction régionale des affaires sanitaires et sociale de La Réunion. Les recours à l'IVG à La Réunion. Enquête Drees 2007. Saint-Denis : Drass La Réunion ; 2009. 60 p.
- [7] Kaminski M, Crost M, Garel M. Les IVG répétées en France : analyse des bulletins statistiques d'IVG. Contraception, Fertilité, Sexualité. 1997;25(2):152-8.
- [8] Marcault G, Pierre F. Grossesse chez l'adolescente. Deuxième journée de Médecine et Santé de l'Adolescent. Poitiers, 9 Décembre 2000. Actes du colloque ; 2009:57-64.
- [9] 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. Gynecol Obstet Fertil. 2002;30(12):944-52.
- [10] Ardaillou le Texier L. Grossesses précoces. Étude d'une population de patientes suivies à Bayonne entre 2001 et 200. Place du médecin généraliste dans une démarche d'accompagnement. Thèse de Médecine générale. Bordeaux : Faculté de médecine ; 2007. 102 p.
- [11] Pourchez L. Grossesse, naissance et petite enfance en société créole. Paris : Éd. Karthala (coll. Questions d'enfances) ; 2002. 424 p.
- [12] Nisand I, Toulemon L. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. Paris : Haut Conseil de la population et de la famille ; 2006. 26 p.
- [13] Loinçon C. L'adolescence bousculée : prévention et soutien de la grossesse et de la maternité/paternité à l'adolescence. Montréal : Naissance-Renaissance ; 1996. 35 p.
- [14] Herbigniaux F, Thai Y. Les méthodes contraceptives chez les jeunes. Enquête menée auprès des 13-21 ans par la Fédération des Centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes. Bruxelles : Fédération des centres de planning des femmes prévoyantes socialistes ; 2005. 39 p.
- [15] Pig-Lagos G. Rapport final de l'étude : grossesses non voulues chez les jeunes filles de moins de 20 ans. Bordeaux : Comité régional aquitain d'éducation pour la santé ; 2001. 71 p.
- [16] Pourchez L, Dupe S. Les grossesses précoces chez les mineures à La Réunion (étude anthropologique). ARS Océan Indien. Infos Réunion, études et statistiques. 2011;(21):1-7.
- [17] Le Van C. Les grossesses à l'adolescence. Normes sociales, réalités vécues. Paris : L'Harmattan ; 1998. 206 p.

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de l'InVS. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'œuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

**Directrice de la publication :** Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS  
**Rédactrice en chef :** Judith Benrekassa, InVS, [redactionBEH@invs.sante.fr](mailto:redactionBEH@invs.sante.fr)  
**Rédactrice en chef adjointe :** Jocelyne Rajnchapel-Messai  
**Secrétaires de rédaction :** Laetitia Gouffé-Benadiba, Farida Mihoub

**Comité de rédaction :** Dr Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé ; Dr Juliette Bloch, CNSA ; Dr Sandrine Danet, ATIH ; Dr Claire Fuhrman, InVS ; Dr Bertrand Gagnière, Cire Ouest ; Anabelle Gilg Soit Ilg, InVS ; Dorothee Grange, ORS Île-de-France ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS ; Dr Guy La Ruche, InVS ; Agnès Lefranc, InVS ; Dr Bruno Morel, ARS Rhône-Alpes ; Dr Marie-Eve Raguenaud, Cire Limousin/Poitou-Charentes ; Dr Sylvie Rey, Drees ; Hélène Therre, InVS ; Pr Isabelle Villena, CHU Reims.

Préresse : Bialec, 95, boulevard d'Austrasie - 54000 Nancy  
N° INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466