SEXUALITÉ

Repères sociaux et culturels

FLCPF

FEDERATION LAÏQUE
de centres
DE PLANNING FAMILIAL

Les grossesses à l'adolescence

3

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS 5

SYNTHESE 12

LA SITUATION EN BELGIQUE

- L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION
- LE RECOURS À L'AVORTEMENT
- LES GROSSESSES MENÉES À TERME

CONCLUSION 26

BIBLIOGRAPHIE 28

La collection ***Sexualité : repères sociaux et culturels*** se propose de regrouper des dossiers thématiques abordant la sexualité sous l'angle des comportements, de l'image sociale et des stéréotypes qui y sont liés. Les comportements liés à la sexualité tiennent autant de l'instinct que de la société dans laquelle celui-ci s'exprime. Les normes et les règles dans ce domaine sont nombreuses, complexes et évoluent dans le temps et dans l'espace.

Le but de ces dossiers est de proposer des repères et des pistes de réflexion sur des thématiques liées à la sexualité dans la société actuelle en reprenant d'une part, des entretiens avec des experts et des intervenants de terrain et, d'autre part, des études et enquêtes émanant des structures de première ligne dans le domaine abordé.

AVANT-PROPOS

Les pouvoirs publics et l'opinion prêtent une attention accrue à la vie affective et sexuelle des jeunes, particulièrement dans le cadre d'une grossesse poursuivie ou non à l'adolescence.

Des instances internationales et nationales insistent sur la nécessité de collecter, analyser et diffuser de l'information sur le sujet. Dans notre pays, des données existent mais ne font pas l'objet d'un relevé synthétique.

Les données publiées sont disparates et concernent des thématiques précises et des tranches d'âge parfois différentes. Ainsi, l'on peut trouver des données sur les avortements, sur les naissances et sur l'utilisation de la contraception émanant d'organismes différents non coordonnés.

Nous avons essayé de compiler les données publiées les plus récentes afin de proposer un aperçu de la situation dans notre pays en dehors d'un quelconque contexte alarmiste trop souvent exploité par les médias.

EDITORIAL

Grossesse à l'adolescence : un problème majeur

Dr Jean-Jacques AMY et Dr Olga LOEBER

Traduction de l'article suivant : AMY J.J., LOEBER O. Pregnancy during adolescence : A major social problem. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2007, n°12, pp.299-302. *Avec l'aimable autorisation de la maison d'édition Informa Healthcare.*

Les adolescents ont tendance à avoir un comportement impulsif et peuvent montrer peu de capacité pour l'abstraction et la planification dans le temps. Cela s'applique également à leur comportement sexuel. Les parents et tous les éducateurs doivent en tenir compte et prendre cet aspect en considération face au désir inné d'autonomie des jeunes.

En Europe, l'âge moyen auquel les jeunes commencent à avoir des rapports sexuels se situe entre 15 et 16 ans, mais des différences notables existent d'un pays à l'autre.(1,2) Les facteurs suivants augmentent le risque d'avoir une activité sexuelle précoce (3,4) :

- puberté précoce
- niveau socio-économique bas
- séparation des parents (familles monoparentales)
- maternité précoce de la mère ou d'une sœur
- manque de communication sur la sexualité entre les parents et les enfants
- comportements à risque (tabagisme, consommation d'alcool ou de drogues dures)
- pairs sexuellement actifs.

---

1. Thorsén C., Aneblom G., Gemzell-Danielsson K.Perceptions of contraception, non-protection and induced abortion among a sample of urban Swedish teenage girls : Focus group discussions. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2007, n°11, pp.302-309.

2. Gómez M.A., Sola A., Cortès M.J., Mira J.J. Sexual behaviour and contraception in people under the age of 20 in Alicante, Spain. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2007, n°12, pp.125-130.

3. Slupik R.I.: Adolescent contraception. In Sanfilippo J.S., Muram D., Dewhurst J., Lee PA, eds. Pediatric and adolescent gynecology, 2nd ed., Philadelphia, WB Saunders Company, 2001, pp.305-317.

4. Miller B.C., Benson B., Galbraith K.A. Family relationships and adolescent pregnancy risk : a research synthesis. Developmental Review, 2001, n°21, pp.1-38.

D'autres facteurs semblent prévenir l'arrivée hâtive d'une activité sexuelle :

- un climat chaleureux dans la famille
- la facilité à communiquer, la confiance en soi.

L'âge en tant que tel n'entraîne pas un risque significatif plus élevé pour la grossesse ou pour les bébés des mères adolescentes. Les problèmes rencontrés résultent en fait des conditions de vie auxquelles sont fréquemment confrontées ces jeunes femmes. Lorsque les conseils et les soins donnés sont identiques, aucune différence n'est observée entre les adolescentes et les femmes enceintes plus âgées d'un même milieu socio-économique ayant le même type de relation avec leur partenaire. Dans ce contexte favorable, les jeunes mères montrent les mêmes capacités et compétences parentales. (5) Les problèmes rencontrés résultent en fait des conditions de vie auxquelles sont fréquemment confrontées ces jeunes femmes.

Très souvent, les circonstances prévalant dans une grossesse d'adolescente sont loin de l'idéal; le développement à court et long terme est alors défavorable. Les conséquences sont encore plus dramatiques quand la mère a moins de 15 ans. A ce très jeune âge, la grossesse présente un risque plus élevé pour

- l'hypertension, l'anémie, le manque nutritionnel et l'accouchement prématuré
- la mortalité maternelle et néonatale (risque relatif pour cette dernière=3, soit 3 fois plus de risque que dans la population des femmes en âge de procréer) (3,6).

La maternité à ce très jeune âge conduit fréquemment à

- l'échec scolaire
- la dépendance à l'égard du système de sécurité sociale
- à court terme, une probabilité élevée d'arrêt de la relation avec le partenaire, suivie de plusieurs années de célibat des problèmes d'éducation affectant l'enfant causés par l'insuffisance intellectuelle et émotionnelle de la très jeune mère.[3]

5. Moreau N., Swennen B., Roynet D. Etude du parcours contraceptif des adolescentes confrontées à une grossesse non prévue : Eléments pour une meilleure prévention? Bruxelles, GACEHPA, 2006.
6. Garden A.S. Teenage pregnancy. In Amy J.J., ed. Paediatric and adolescent gynaecology, Amsterdam, Elsevier, 2003, pp.265-270.

Il apparaît donc que la grossesse de très jeunes adolescentes n'entraîne pas seulement des risques importants pour leur santé et celle de leur enfant, mais est aussi un facteur de régression sociale, culturelle et économique. Tous les efforts doivent être entrepris pour prévenir ces grossesses.

La mise en place de mesures contraceptives est primordiale mais compte tenu des complications médicales et des conséquences sociales des grossesses d'adolescentes, l'avortement reste un choix justifié.

En Belgique, 55% des filles entre 10 et 14 ans, et 45% de celles entre 15 et 19 ans qui ont eu recours à un avortement n'utilisaient aucune contraception. Différents facteurs associés à l'absence de contraception ont été relevés :

- le désir d'être enceinte
- la perception par l'adolescente du refus parental de contraception dans le but d'exercer un contrôle sur ses relations et sa vie sexuelle
- un sentiment de culpabilité lié à l'achat de contraceptifs ou à la prise de pilule
- l'irrégularité et le caractère imprévisible des relations sexuelles (7)
- l'absence de perception de risque un sentiment d'invulnérabilité après plusieurs rapports sexuels non protégés sans fécondation
- le coût de la contraception orale, une mauvaise tolérance passée, la peur d'effets secondaires, ainsi que l'obligation de prescription médicale et la peur de l'examen gynécologique
- la discontinuité de la prise de contraceptifs oraux à la fin d'une relation
- l'utilisation trop peu fréquente de préservatifs sous prétexte qu'ils nuisent à la spontanéité de la relation sexuelle, ont une odeur et altèrent les sensations (1,7)
- une volonté de rencontrer les souhaits du partenaire
- l'incapacité d'exploiter les acquis dans le comportement quotidien
- l'incapacité de profiter des erreurs passées
- des facteurs diminuant l'inhibition et le jugement (alcool, drogues).(1,7,8)

7. Ekstrand M., Tydén T., Darj E., Larsson M. Preventing pregnancy : a girl's issue. Seventeen-year-old Swedish boys' perceptions on abortion, reproduction and use of contraception. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2007, n°12, pp.111-118.

8. Larsson M., Tydén T., Hanson U., Häggström-Nordin E. Contraceptive use and associated factors among Swedish high school students. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2007, n°12, pp.119-124.

Quelle que soit leur nature, les méthodes contraceptives ont un taux d'échec plus élevé chez les adolescentes que chez les utilisatrices plus âgées. Les échecs de contraception chez les adolescentes sont dus à

- la fertilité très élevée à cet âge
- la rupture ou – probablement plus souvent l'usage incorrect du préservatif (2)
- une connaissance déficiente de la physiologie de la reproduction conduisant à une mauvaise application de la méthode du calendrier
- la difficulté d'utilisation de la pilule
- le faible usage du préservatif dans une relation stable (2)
- une mauvaise évaluation du risque encouru lors d'une relation sexuelle couverte par une contraception inadéquate et, par conséquent, l'absence de contraception d'urgence.(9)

Dix pour cent des 50 millions d'avortements pratiqués annuellement dans le monde concernent des filles âgées de 15 à 19 ans. La fréquence varie considérablement entre pays d'un même niveau socio-économique. Les Pays-Bas et la Belgique sont, en Europe, les pays ayant le taux d'avortements le moins élevé, y compris en ce qui concerne les adolescentes. Toutefois, les Pays-Bas peuvent se targuer d'un taux de naissances dans ce groupe d'âge considérablement inférieur à celui qui caractérise la Belgique. Ces deux taux doivent être examinés conjointement pour pouvoir évaluer l'efficacité des politiques de prévention dans un pays donné. La somme des taux d'avortements et de naissances devrait être un peu inférieure au taux actuel de grossesses, ce dernier incluant également les fausses couches et les grossesses extra-utérines qui ne sont pas comptabilisées. Le Royaume-Uni a un taux d'avortements et de naissances à l'adolescence considérablement plus élevé que n'importe quel autre pays d'Europe de l'Ouest, les Etas-Unis font même pire.

Taux d'avortement et de naissance pour les adolescentes de 15 à 19 ans

(nombre annuel pour 1.000 femmes appartenant au groupe d'âge considéré)

	Taux d'avortement	Taux de naissance
Belgique	7,59	8,35
Pays-Bas	7,80	4,60
Etats-Unis	24,00	48,00
Royaume Uni	25,30	35,00

9. Hu X., Cheng L., Hua X., Glasier A. Advanced provision of emerging contraception to postnatal women in China makes no difference in abortion rates : A randomized controlled trial. Contraception, 2005, n°72, pp.111-116.

En France et en Europe du Nord, la diminution du taux de naissances à l'adolescence est principalement due à l'augmentation du recours à l'avortement dans cette tranche d'âge.(1,10,11) En Belgique, durant les deux dernières décennies, cette tendance était particulièrement évidente pour les filles âgées de 10 à 14 ans. En ce qui concerne la santé publique et pour les raisons déjà citées, cette augmentation ne doit pas inquiéter. Bien au contraire, cela reflète l'intérêt pour l'accueil des enfants, pour la protection de la qualité de vie et la préservation du potentiel des jeunes femmes.(11) Aux Pays-Bas, les taux d'avortements et de naissances diminuent régulièrement depuis 2001.

Toutes les personnes concernées, y compris de très jeunes filles, sont déterminées à prévenir une grossesse non désirée, mais il n'y a pas de remède miracle. En effet, l'accessibilité élargie de la contraception d'urgence n'a pas eu l'effet escompté sur le taux d'avortements concernant les adolescentes.[9] La prévention de l'activité sexuelle précoce et de l'utilisation inefficace de la contraception requiert plus que la seule acquisition de connaissances. Les comportements et les aptitudes sont aussi importants.

Premièrement et principalement, enseignants, parents et dispensateurs de soins de santé devraient accepter la sexualité des adolescents comme une réalité. Les jeunes devraient activement participer à l'élaboration du contenu et de la forme de leur programme d'éducation. Ils devraient se sentir respectés dans leurs droits sexuels. Afin de réduire les grossesses non désirées dans cette tranche d'âge, une stratégie diversifiée est nécessaire pour rencontrer les besoins spécifiques et complexes des plus jeunes. Les mesures à mettre en place incluent :

- une intervention plus précoce, progressive et interactive de l'éducation sexuelle à l'école impliquant du personnel qualifié et complémentaire aux enseignants habituels (1)
- la création de centres de planning familial assurant une stricte confidentialité et adaptés aux besoins des adolescents de toutes les cultures
- l'apprentissage d'un comportement responsable
- l'amélioration des capacités de négociation concernant l'utilisation du préservatif (1,12)
- la mise en place de campagnes pour faciliter la discussion autour de la sexualité dans les familles

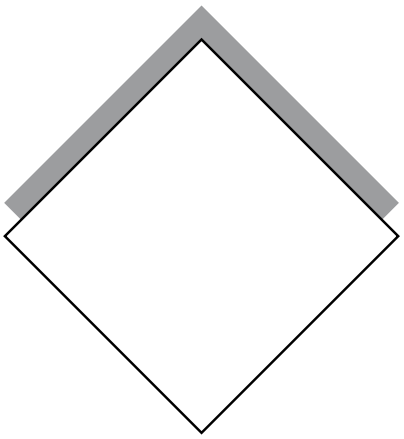
10. Beghin D., Cueppens C., Lucet C. et al. Adolescentes : sexualité & santé de la reproduction – Etat des lieux en Wallonie et à Bruxelles. Bruxelles, Ministère de la Communauté française de Belgique, 2006, 64p.
11. Bajos N., Moreau C., Leridon H., Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Mises à jour en gynécologie médicale et techniques chirurgicales, Paris, Diffusion Vigot, 2006, pp.97-105.
12. Fontes M., Roach P. Predictors and confounders of unprotected sex : A UK web-based study. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2007, n°12, pp.36-45.

- la participation active des jeunes dans la sélection et la diffusion de l'information concernant la sexualité à destination des adolescents
- un usage plus fréquent des méthodes contraceptives de longue durée, moins contraignantes (9), incluant le stérilet (13)
- l'usage prolongé des contraceptifs oraux
- l'abaissement du coût de la contraception
- l'évaluation constante et l'adaptation rapide des interventionssus-mentionnées à la lumière des développements observés.

Il faudrait aussi :

- convaincre les médias d'améliorer l'information concernant la sexualité
- offrir des méthodes contraceptives sans l'obligation de voir un médecin (12)
- recommander l'utilisation simultanée et systématique du préservatif et d'une autre méthode contraceptive (12)

Quels que soient les résultats que l'on puisse atteindre en mettant en place ces politiques, il est clair que, ni chez les adolescentes, ni chez les femmes plus âgées en âge de procréer, le taux d'avortements n'atteindra zéro. L'interruption de grossesse présente moins de risques qu'une grossesse compte tenu des facteurs énumérés précédemment et doit rester une alternative possible.



13. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 3rd ed., Geneva, World Health Organization, 2004.

SYNTHESE

La situation en Belgique

Un Groupe de travail interministériel s'est inquiété, en 2001, d'une proportion de plus en plus élevée de déclarations d'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) chez les jeunes et a émis des recommandations précises dans le domaine de l'éducation à la vie affective et sexuelle, de l'accessibilité à la contraception, de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (I.S.T.).[1] Le Groupe préconise une meilleure information du public par la voie de brochures, d'affiches, de spots radiotélévisés et d'Internet.

Les moyens de contraception d'une part et les moyens de protection contre les I.S.T. et l'infection au V.I.H. d'autre part, sont deux mesures de prévention indissociables dont il faut tenir compte lors des campagnes d'information. En d'autres termes, en prônant l'acte sexuel sans risques, il convient de promouvoir l'idée de double protection : soit préservatif ET contraceptif fiable (pilule, injectable, implant ou stérilet), soit préservatif et pilule dite du lendemain en cas de problèmes liés à l'utilisation du préservatif.

L'accessibilité pratique et financière aux moyens de contraception, y compris la contraception d'urgence, doit être assurée. Le Groupe estime qu'une prescription médicale reste souhaitable. Il suggère de rechercher des pistes afin d'optimaliser la disponibilité de la pilule :

- laisser la possibilité de prescrire la pilule pour un temps bien défini par le médecin en accord avec l'utilisatrice (et donc la rendre disponible chez le pharmacien sans nouvelle prescription)
- ne plus lier la prescription de la pilule à la nécessité d'un examen gynécologique
- attirer l'attention des médecins prescripteurs sur le frein que peut constituer chez certaines utilisatrices le prix de la pilule, et donc éviter la prescription de nouveaux contraceptifs particulièrement onéreux
- établir un système de remboursement pour tous les moyens de contraception fiables (pilule, stérilet, implant, injectable…) en tenant compte d'un souci de confidentialité par rapport aux parents, notamment dans l'utilisation de la carte de mutuelle.

En ce qui concerne la contraception d'urgence, le groupe suit les recommandations de l'O.M.S. et demande que la « pilule du

1. Ministère fédéral des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement. Conférence interministérielle Santé publique. Groupe de travail interministériel « Contraception chez les jeunes ». Réunion du 11 décembre 2001, 15 p.

lendemain » soit disponible dans les plus brefs délais sans prescription médicale. D'éventuels canaux de diffusion sont suggérés : officines pharmaceutiques (sans supplément de garde), services de garde des hôpitaux, médecins généralistes et gynécologues, centres de planning familial, services de promotion de la santé à l'école (P.S.E.) / centres psycho-médico-sociaux (P.M.S.).

Une loi de 1990 a institué une Commission d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse, chargée d'établir tous les deux ans, à l'attention du Parlement, un rapport statistique détaillé sur base des informations recueillies et, le cas échéant, des recommandations en vue de contribuer à réduire le nombre d'interruptions de grossesse.[2]
La prise en charge d'une I.V.G. oblige les établissements de soins à remplir un document d'enregistrement pour chaque demande.
La Commission présente son rapport sur les enregistrements qui lui sont communiqués ; elle dispose des seules informations qu'elle est autorisée par la loi à demander aux médecins.
Le rapport reprend, pour l'ensemble du pays, les enregistrements de déclaration par année d'âge. D'autres informations sont ventilées par tranche d'âge de 5 ans (10-14, 15-19, etc.) et notamment, la méthode contraceptive la plus utilisée dans le mois précédant la demande d'avortement. La Commission insiste dans l'ensemble de ses rapports sur la nécessité d'inclure dans les programmes scolaires l'éducation à la vie affective et sexuelle, et de faciliter l'accès des jeunes à la contraception et à la pilule du lendemain.

Tenant compte de ces diverses recommandations, le Ministre fédéral des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement a mis en place une mesure « contraception-jeunes » dans le but de prévenir des grossesses non désirées chez les jeunes en favorisant l'accès aux moyens de contraception. Depuis mai 2004, les jeunes femmes de moins de 21 ans bénéficient d'une intervention supplémentaire dans le prix de la plupart des méthodes contraceptives.[3] La mesure concerne les moyens de contraception prescrits et fonctionne sur simple présentation de la carte de mutuelle lors de l'achat en pharmacie. Sensible à l'utilité de promouvoir la double protection (prévention des grossesses non désirées ET prévention des I.S.T.), le Ministère a également organisé la distribution gratuite de préservatifs via les pharmacies, les mutuelles, les centres de planning familial francophones et les centres Sensoa néerlandophones. Parallèlement, une campagne d'information a été menée via un site Internet et par la

2. Référence du dernier de ces rapports : Rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse (loi du 13 août 1990). Rapport à l'attention du Parlement (1er janvier 2006-31 décembre 2007), Bruxelles, 2008, 77 p.
3. Arrêté royal du 24 mars 2004. L'intervention majorée pour les femmes de moins de 21 ans ne porte pas sur les contraceptifs injectables, <http://www.inami.fgov.be/secure/fr/medical_cost/specific/contraceptions/pdf/arkb20040324.pdf>

diffusion de spots télévisés. Deux rapports intermédiaires d'évaluation de la mesure portant sur les premières années de fonctionnement, ont été publiés en mai 2007 et août 2008 par l'Agence Intermutualiste.[4]

La pilule du lendemain est en vente libre en pharmacie depuis juin 2001; le remboursement intégral de cette contraception d'urgence est accordé aux jeunes de moins de 21 ans sur présentation d'une prescription.
En Région wallonne, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale accorde, depuis 2001, un subside (non structurel) pour la distribution gratuite de la pilule du lendemain en centres de planning familial agréés et depuis 2006, pour la distribution gratuite de la pilule contraceptive et du préservatif.

En Région de Bruxelles-Capitale, des mesures similaires ont été prises par la Commission communautaire française. Elle accorde, depuis 2007, un subside pour la distribution gratuite de la pilule du lendemain en centres de planning familial agréés. En 2008, un subside a également permis la distribution gratuite de la pilule contraceptive et du préservatif.
Il faut également souligner l'existence de permanences spécifiquement adressées aux jeunes, sans rendez-vous, dans les centres de planning familial agréés.
Le Ministère de la santé de la Communauté française soutient, depuis quelques années, l'existence de stands d'information sur le planning familial dans les festivals musicaux estivaux.

L'utilisation de la contraception

Ce chapitre vise à fournir une synthèse des informations portant sur l'utilisation des méthodes contraceptives chez les jeunes femmes en Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale.
Les données publiées émanent de quatre sources :

- les Enquêtes de santé par interview 2004, organisées sous l'égide de l'Institut Scientifique de Santé Publique (I.S.P.) et du Service Public Fédéral Economie (ex I.N.S) – deux institutions fédérales -, récoltent des informations par auto-questionnaire et par entrevue face à face à domicile, auprès d'un échantillon aléatoire tiré à partir du Registre National des personnes physiques[5]

4. La mesure «contraception-jeunes». Année 2004-2005. Agence Intermutualiste, mai 2007, 37p. + La mesure «contraception-jeunes». Année 2005-2006. Agence Intermutualiste, août 2008, [31p.] <http://www.nic-ima.be>
5. Bayingana K., Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P.J., Tafforeau J. , Van der Heyden J. Enquête de Santé par Interview Belgique 2004. Bruxelles, Institut Scientifique de la Santé Publique et Service Public Fédéral Economie (ex I.N.S), IPH/EPI REPORTS N°2006-34, 2006. <www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/crospfr/hisfr/table04.htm>

- le rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse, qui reprend des informations sur la méthode contraceptive la plus utilisée dans le dernier mois par les femmes en demande d'une interruption de grossesse[6]
- les résultats de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (H.B.S.C.) 2006 sur la santé des jeunes en Communauté française, qui a approfondi dans son dernier rapport le thème de la contraception[7]
- les rapports d'évaluation intermédiaires sur la mesure « contraception-jeunes » de l'Agence Intermutualiste.[8]

Enquête de santé par interview

En 2004, l'échantillon s'élevait à 12.945 personnes âgées de 15 ans et plus, dont 4.992 en Région wallonne et 3.440 dans la Région de Bruxelles-Capitale. Ce type d'enquête est confronté à certaines limites : - la représentativité d'un échantillon n'est jamais parfaite et ne permet pas l'extrapolation systématique des résultats observés à l'ensemble de la population, - on collecte les réponses que les personnes ont bien voulu donner. L'enquête permet néanmoins d'obtenir un aperçu global de l'état de santé et des comportements de l'ensemble de la population, et ce du point de vue des personnes elles-mêmes.
Dans tout le pays, 75% des jeunes femmes sexuellement actives – c'est-à-dire qui ont eu des rapports sexuels dans les douze derniers mois – se protègent à l'aide d'une méthode contraceptive contre les grossesses non désirées. Une ventilation par région montre que la protection est similaire en Région de Bruxelles-Capitale et en Région wallonne.

Dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans, pour l'ensemble du pays, le taux d'utilisation d'une méthode contraceptive est de 84%. Il est significativement plus élevé en Région de Bruxelles-Capitale (94%) qu'en Région wallonne (82%).
Le tableau ci-dessous montre que la pilule est de loin la méthode la plus souvent utilisée dans les deux Régions étudiées, et spécialement en Région de Bruxelles-Capitale. Un pourcentage non négligeable n'utilise aucune méthode. Il convient de rester prudent dans l'interprétation de ces chiffres compte tenu du nombre peu élevé de personnes interrogées dans cette tranche d'âge.

6. Rapport de la Commission nationale d'évaluation. Op. cit.
7. Godin I., Decant P., Moreau N., de Smet P., Boutsen M. La santé des jeunes en Communauté française de Belgique. Résultats de l'enquête HBSC 2006. Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES), Bruxelles, ESP-ULB, 2008, 80p.
8. La mesure « contraception-jeunes ». Op. cit.

Utilisation des méthodes de contraception parmi les femmes de 15-19 ans sexuellement actives et qui déclarent utiliser une méthode

Année 2004	N	Méthode			
Région		Pilule	Préservatif	Pilule du lendemain	Aucune
		%	%	%	%
Région wallonne	41	20,90	4,60	2,80	6,40
Région de Bruxelles-Capitale	18	22,40	1,60	1,00	1,60
Belgique	91	24,20	4,50	2,30	6,40

Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse

Les rapports de la Commission d'évaluation, qui portent sur les trois Régions du pays, donnent quelque éclairage à propos de l'utilisation éventuelle d'une méthode contraceptive dans le mois qui précède la demande d'interruption : près de 90% des très jeunes filles (10-14 ans) n'ont utilisé aucune méthode ou ont utilisé le préservatif; cette proportion est beaucoup plus élevée que dans les catégories successives d'âge supérieur. Cette répartition est restée à peu près constante dans les 10 dernières années.

Pourcentage par tranche d'âge, selon la méthode contraceptive la plus utilisée dans le dernier mois avant une interruption de grossesse en 2007

Méthode	% de femmes		
	10-14 ans (N=107)	15-19 ans (N=2.601)	20-24ans (N=4.423)
Aucune	51	42	41
Préservatif	37	23	14
Pilule contraceptive	9	27	34
Autres	3	8	11
Total	100	100	100

Enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

L'étude internationale Health Behaviour in School-aged Children est patronnée par le Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé. Depuis 1986, le versant francophone de la partie belge de l'enquête est réalisé par l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles. La huitième enquête a été effectuée en 2006.
L'échantillon est représentatif des élèves scolarisés dans l'enseignement de plein exercice (excepté l'enseignement spécial) de la Communauté française. Il couvre les élèves de la cinquième primaire à la dernière secondaire. L'échantillon observé représente 11.927 questionnaires : 2.961 dans l'enseignement primaire et 8.966 dans l'enseignement secondaire. Le questionnaire est auto-administré dans les classes, sous surveillance. Le questionnaire pour les classes primaires ne reprend pas, notamment, les questions relatives aux relations sexuelles. Le questionnaire pour les jeunes de la première à la cinquième secondaire du réseau d'Enseignement catholique ne contient pas de questions relatives à la vie affective et sexuelle, l'autorisation d'inclure cette thématique n'étant pas accordée par le pouvoir organisateur.
Le chapitre concernant la vie affective et sexuelle porte sur l'absence ou non de relation sexuelle, le partenaire sexuel éventuel, la prévention du sida, l'utilisation du préservatif et d'une méthode contraceptive. Ce dernier thème a été approfondi par rapport aux versions précédentes.

Plus de 80% des jeunes sexuellement actifs (15 à 22 ans) déclarent qu'ils ont utilisé, eux-mêmes ou leur partenaire, une méthode contraceptive lors du dernier rapport sexuel. Les moyens de contraception les plus souvent cités – plusieurs réponses étaient acceptées - sont la pilule (72,5% de l'ensemble des réponses) et le préservatif (57,4% de l'ensemble des réponses). Il faut noter que tous les jeunes ne perçoivent pas le préservatif comme un moyen de contraception mais plutôt comme un moyen de protection contre les infections sexuellement transmissibles. Ainsi, 50% des jeunes de 15-22 ans sexuellement actifs ont répondu «non» à la question portant sur la contraception et «oui» à la question portant sur l'utilisation du préservatif.
L'utilisation d'une contraception lors du dernier rapport sexuel varie de manière significative en fonction du sexe, de l'âge et de la filière d'enseignement : les proportions sont plus élevées chez les filles, parmi les jeunes de 17-18 ans de l'enseignement général.
L'étude souligne que la proportion de jeunes âgés de 15 à 22 ans qui ont utilisé une contraception est plus élevée parmi ceux qui n'ont pas eu de rapport sexuel précoce, soit avant l'âge de 14 ans (83,3% contre 68,4%).

L'enquête a porté également sur l'utilisation de la pilule du lendemain et sur la double protection (pilule+préservatif) par les filles. Une adolescente sur quatre déclare avoir utilisé la pilule du lendemain au moins une fois, seules 2,3% ont déclaré ignorer ce qu'est la pilule du lendemain. Un tiers des adolescentes âgées de 15 à 22 ans sexuellement actives a utilisé la double protection lors du dernier rapport sexuel, particulièrement chez les 15-16 ans de l'enseignement général.

Rapport de l'Agence Intermutualiste

L'Agence Intermutualiste (A.I.M.) fournit des données portant sur la population couverte par la sécurité sociale belge. Cette agence est une association sans but lucratif créée en octobre 2002 par les organismes assureurs dans le but de rassembler et d'analyser les données collectées par les mutualités, et de diffuser cette information.[9]

Près de cent pour cent (99,4%) des personnes inscrites au Registre national sont couvertes par la sécurité sociale et se retrouvent donc dans les bases de données de l'A.I.M.

L'agence a publié, en août 2008, le deuxième rapport intermédiaire évaluant la mesure « contraception-jeunes » sur base des données des trois premières années d'entrée en vigueur de la mesure, soit du 01/05/2004 au 30/04/2007. Durant cette période, 445.767 jeunes filles âgées de 12 à 20 ans inclus ont acheté au moins un contraceptif, soit 26,8% des jeunes femmes de cette tranche d'âge (N=1.659.849). Le tableau ci-dessous montre une augmentation de 6% du nombre de jeunes filles, sur l'ensemble du pays, qui ont acheté au moins un moyen de contraception durant la dernière année de référence par rapport à la première. L'évolution est particulièrement significative en Régions flamande et wallonne.

Nombre de femmes de moins de 21 ans ayant acheté au moins un contraceptif

Région	05/2004-04/2005	05/2005-04/2006	05/2006-04/2007	Taux de croissance réf. 2004-05 et 2006-07
Bruxelles-Capitale	7.771	7.958	7.959	2,70%
Région wallonne	51.959	53.417	54.876	5,10%
Région flamande	84.838	87.648	88.679	5,80%
Non-définie	270	228	164	
Belgique	144.838	149.251	151.678	5,90%

9. Agence Intermutualiste - Intermutualistish Agentschap (A.I.M.-I.M.A.), Statuts Publiés le : 2002-10-31, N. 021743, <www.nic-ima.be> et <www.cin-aim.be>

Pour la dernière année de référence, la répartition par région de résidence montre que les jeunes femmes flamandes et wallonnes sont respectivement 28% et 29% à utiliser des contraceptifs remboursés dans le cadre de la mesure « contraception-jeunes », contre seulement 16% à Bruxelles.
L'utilisation de moyens contraceptifs augmente avec l'âge des jeunes filles : 2 sur 1.000 à 12 ans, 200 sur 1.000 à 16 ans et 600 sur 1.000 à 20 ans.
La pilule contraceptive reste la méthode la plus largement utilisée : plus de 96% des contraceptifs achetés.

En résumé

Les données publiées nous donnent des informations fiables même si certaines limites existent.
Parmi celles-ci, citons :

- l'imprécision concernant les objectifs des jeunes lorsqu'ils utilisent le préservatif (prévention d'une I.S.T. ou moyen de contraception)
- les chiffres de vente de contraceptifs ne concernent que les assurées sociales (mais 99% des femmes le sont) et les contraceptifs remboursés (ce qui exclut la pilule du lendemain, en vente libre et les préservatifs)[10]
- les auteurs de l'enquête de santé par interview reconnaissent les difficultés d'obtenir un échantillon représentatif de taille suffisante et sont très prudents quant aux interprétations des données observées
- les données fournies par l'enquête en milieu scolaire sont limitées aux élèves de l'enseignement officiel non-confessionnel en ce qui concerne les questions liées à la vie affective et sexuelle
- en ce qui concerne l'utilisation à la contraception avant une demande d'interruption de grossesse, on doit souligner les différences entre l'intitulé des formulaires (quelles sont LES méthodes les plus utilisées ?) et l'intitulé des rapports (LA méthode la plus utilisée). Et donc on ne peut pas savoir quelle est LA méthode qui a été retenue pour la publication dans le rapport de la Commission dans le cas où une déclaration mentionnerait plusieurs méthodes.

Bien que les chiffres d'utilisation d'une méthode de contraception relevés dans les enquêtes soient relativement importants (plus de 80% pour la tranche d'âge des jeunes de 15 à 22 ans), les jeunes filles

10. Pour être remboursée dans le cadre de la mesure «contraception-jeunes», la pilule du lendemain doit être prescrite sur ordonnance. Il n'est pas possible, avec les données publiées, d'évaluer ce nombre; pas plus que le nombre de conditionnement acheté en vente libre ou distribué gratuitement en centres de planning familial.

wallonnes et bruxelloises se protègent encore insuffisamment. D'après les données de l'A.I.M., seulement 27% des jeunes femmes entre 12 et 20 ans inclus ont acheté une méthode contraceptive durant les trois dernières années. Ce pourcentage tombe à 16% en ce qui concerne la Région bruxelloise pour la dernière année de référence de la mesure « contraception-jeunes ». Il convient de préciser que les enquêtes de santé nationales ne considèrent que les jeunes filles sexuellement actives, or l'Agence Intermutualiste présente des pourcentages sur l'ensemble de la population des jeunes filles affiliées à une mutuelle. Les chiffres du dernier rapport de la Commission d'évaluation de la loi sur l'I.V.G montrent qu'une proportion importante des jeunes femmes en demande d'I.V.G n'ont utilisé aucune méthode ou ont utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel. Le pourcentage est particulièrement élevé chez les très jeunes filles entre 10 et 14 ans.
Les différences entre les résultats d'enquête et les chiffres officiels (vente de contraceptifs et données concernant les jeunes femmes en demande d'I.V.G) peuvent s'expliquer par les biais inhérents aux enquêtes : la population consultée est forcément limitée et incomplète, les réponses sont celles que les personnes ont bien voulu donner.

Le recours à l'avortement

Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse

Une loi de 1990 a dépénalisé partiellement l'avortement.[11] Elle donne le droit à toute femme enceinte, déterminée, et que son état place en situation de détresse, de demander l'interruption de sa grossesse. Il n'y a pas de méthode imposée ou préconisée par la loi; le choix revient à la patiente, après dialogue avec le médecin. Rien n'impose aux mineures, c'est-à-dire aux jeunes filles de moins de 18 ans, de demander l'autorisation des parents.[12] Le médecin est souverain dans l'appréciation de la détermination et de l'état de détresse de la jeune fille enceinte; il doit cependant constater qu'elle dispose de la capacité de discernement.[13]

11. Moniteur belge 05.04.1990. 3 avril 1990. Loi relative à l'interruption de grossesse.
12. Il convient de préciser que les hôpitaux exigent parfois la présence et l'autorisation d'un adulte de référence pour les mineures en demande d'avortement bien que cela ne soit pas une obligation légale aux termes de la loi sur l'I.V.G.
13. La loi précise également : « Aucun médecin, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse. » Il s'agit donc d'une clause de conscience ; cependant « Le médecin sollicité est tenu d'informer l'intéressée, dès la première visite, de son refus d'intervention».

Evolution dans le pays, de l'enregistrement des interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.), selon la tranche d'âge.

Année	Nombre d'I.V.G.			
	- de 14 ans	14-18 ans	18-24 ans	TOTAL
1993	7	544	3.377	10.380
1994	10	605	3.532	10.737
1995	6	721	3.635	11.243
1996	7	795	4.067	12.628
1997	7	790	3.890	12.266
1998	11	875	3.807	11.999
1999	5	890	4.245	12.734
2000	7	883	4.613	13.762
2001	11	997	4.961	14.775
2002	10	979	4.825	14.791
2003	9	1.031	5.154	15.595
2004	17	1.024	5.237	16.024
2005	11	1.078	5.465	16.696
2006	16	1.163	5.745	17.640
2007	13	1.202	5.916	18.033

En 2007, le recours à une interruption de grossesse a concerné 1.215 jeunes filles mineures, parmi lesquelles 13 avaient moins de 14 ans.
Plus de 90% des très jeunes filles (10-14 ans) invoquent une «situation de détresse personnelle» comme cause de demande, alors que cette cause est exprimée par 77% des femmes âgées de moins de 20 ans, et par 52% des femmes entre 20 et 24 ans. Les autres causes invoquées par les très jeunes filles concernent les problèmes relationnels, les difficultés matérielles et les cas de viol et d'inceste.
Parmi les très jeunes filles (10-14 ans) qui ont eu recours à un avortement, 15% ont eu recours à une interruption de grossesse médicamenteuse; elles sont 11% chez les 15-19 ans et 16% chez les 20-24 ans.
Pour la tranche d'âge 10-24 ans, sur l'ensemble du pays, 85% des interruptions de grossesse ont été effectuées en centres extrahospitaliers.

Rapport de l'Agence Intermutualiste

L'interruption de grossesse en centre extrahospitalier est remboursée directement à l'institution par un organisme assureur si le centre a passé une convention avec l'I.N.A.M.I. et si la patiente bénéficie de la sécurité sociale. Ces conventions existent depuis 2002. De telles conventions ne sont pas établies avec les hôpitaux. Lorsque les centres n'ont pas signé de convention ou lorsque les soins sont dispensés en hôpital, ils sont facturés comme des curetages utérins, sans distinction pour I.V.G ou pour fausse couche.

Le rapport intermédiaire d'évaluation de la mesure « contraception-jeunes »[14] reprend quelques données concernant les interruptions de grossesse facturées. En 2006, pour l'ensemble de la population recensée par l'A.I.M (données mutualités chrétiennes et socialistes), 3.341 jeunes femmes de 12 à 20 ans ont été remboursées pour des prestations dans le cadre d'une convention I.V.G., d'un curetage utérin ou de soins pour fausse couche (une extrapolation de ces chiffres pour l'ensemble de la population assurée donnerait environ 4.770 jeunes femmes). La majorité des interventions ont eu lieu dans un centre extrahospitalier sous convention I.N.A.M.I (2.162 sur 3.341). La répartition par âge et par région n'est pas publiée.

En résumé

Tant les chiffres publiés par la Commission d'évaluation que ceux de l'Agence Intermutualiste pour 2006 (dernière année complète commune aux deux instances) montrent une convergence de résultats.
Pour la tranche d'âge des jeunes femmes de moins de 21 ans, les chiffres sont similaires si l'on tient compte du fait que pour l'A.I.M., seules les femmes couvertes par la sécurité sociale sont comptabilisées et que les données ne concernent pas l'ensemble des mutuelles[15] (3.341 pour l'A.I.M. vs 3.493 pour la Commission). Par ailleurs, la Commission souligne que pour de multiples raisons, les chiffres contenus dans les rapports ne sont pas d'une précision scientifique. Néanmoins, la Commission est la seule institution à pouvoir fournir des informations fiables - bien que très probablement incomplètes - à partir d'enregistrements portant sur plus de 10 ans.
Les rapports de la Commission d'évaluation mettent en évidence un accroissement du nombre de déclarations au cours du

14. La mesure « contraception-jeunes ». Août 2008. Remarque : les chiffres concernant les I.V.G et les accouchements ne proviennent que des bases de données MUTSOC et MC. Il s'agit donc de données partielles.

15. L'A.I.M. ne peut pas non plus préciser dans quelle mesure les soins facturés pour curetage ou pour fausse couche concernent des interruptions volontaires ou spontanées.

temps. Cependant pour les dix dernières années, la proportion d'enregistrements concernant les mineures reste constante, soit entre 6% et 7% du total des enregistrements. Comme souligné ci-dessus, l'accroissement décennal du nombre d'enregistrements d'I.V.G., y compris parmi les adolescentes, peut être partiellement expliqué par un biais d'information.

Les grossesses menées à terme

Données du Service Public Fédéral Economie

Le Service Public Fédéral Economie (ex I.N.S.) fournit, à partir des bulletins de déclaration des naissances, des informations sur la taille des populations et sur la distribution des naissances selon le lieu de résidence, l'état civil et l'année de naissance de la mère. La dernière année pour laquelle ces données sont disponibles est 2004 et celles-ci ne concernent que les naissances vivantes (qui ont montré un quelconque signe de vie à la naissance). [16]
En 2004, la Belgique enregistrait 117.295 naissances dont 783 de mères de moins de 18 ans. Parmi les mineures, 432 naissances ont été enregistrées en Région wallonne et 94 en Région de Bruxelles-Capitale, alors que la Flandre n'en enregistrait que 257. Parmi ces naissances, on en dénombre 18 de mères de moins de 15 ans en Régions bruxelloise et wallonne (1+17) pour seulement 11 en Région flamande.

Naissances par tranche d'âge de la mère et région de résidence en 2004

Résidence	Naissances			
	Total		<18 ans	
	N	%	N	%
Région wallonne	37.824	32,25	432	1,14
R. de Bruxelles-Capitale	16.436	14,01	94	0,57
Région flamande	63.035	53,74	257	0,40
Belgique	117.295	100,00	783	0,66

16. Service Public Fédéral Economie - Direction générale Statistique et Information économique <http://www.statbel.fgov.be/figures/download_fr.asp#naissances>

Rapport de l'Agence Intermutualiste

Le rapport intermédiaire d'évaluation de la mesure « contraception-jeunes »[17] reprend quelques données concernant les accouchements facturés. En 2006, dans l'ensemble du pays, 2.970 jeunes femmes de 12 à 20 ans ont été remboursées pour des prestations dans le cadre d'un accouchement, y compris par césarienne. Cela représente 0,5% de la population de cette tranche d'âge (N=554.046). La répartition par âge et par région n'est pas publiée.

Rapport annuel de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.)

La banque de données médicosociales de l'O.N.E. est une base informatique exploitant les renseignements récoltés par les travailleurs médicosociaux (T.M.S.) sur des formulaires standardisés. Ces « formulaires » correspondent chacun à un moment ou à une période de la vie de la (future) mère et/ou de l'enfant donnant lieu à un suivi de l'O.N.E.

Le « volet prénatal » concerne les mères dont la grossesse est suivie dans le cadre des consultations prénatales. « L'avis de naissance » est rempli par le T.M.S. dans les maternités et contient des données périnatales pour plus de 95% des naissances de la Communauté française. L'objectif à moyen terme est d'obtenir un accès à toutes les maternités sans exception.
Dans le dernier rapport annuel de 2007[18], l'O.N.E. souligne l'évolution des accouchements des mères de moins de 20 ans. Contrairement à d'autres pays, la maternité adolescente n'augmente pas en Belgique. Depuis 2000, le nombre d'accouchements concernant des mères de moins de 20 ans est en diminution, c'est également le cas pour les mineures. Le tableau ci-contre reprend cette évolution.

17. Cf. note 14
18. Rapport annuel 2007. Bruxelles, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2008, 243p.

Année	Nombre d'accouchements en Communauté française				
	12-15 ans	16-17 ans	18-19 ans	Total pour la tranche d'âge	Total pour la population générale
2000	50	349	1.420	1.819	55.006
2001	58	399	1.465	1.922	53.527
2002	69	389	1.324	1.782	51.500
2003	27	256	972	1.255	52.185
2004	30	253	1.051	1.334	53.593
2005	32	255	1.047	1.334	54.096
2006	33	270	1.038	1.341	55.727
2007	20	243	1.054	1.317	54.974

Dans un dossier spécial sur la prématurité [19],l'O.N.E. précise qu' «Aux tranches d'âge extrêmes, les taux de prématurité sont plus importants. Ainsi, on observe le taux de prématurité le plus important chez les jeunes mères âgées de moins de 20 ans (9,4%) […] La probabilité de survenue de prématurité est accrue de 50% chez les mères de moins de 20 ans par rapport aux mères de 30 à 34 ans.»

En résumé

Il est difficile de comparer les données des différentes sources. En effet, elles portent sur des années, des tranches d'âge et des régions différentes. L'A.I.M. fournit peu de données portant sur l'ensemble du pays pour 2006 (dernière année complète); ces données ne concernent que les soins facturés par certaines mutuelles[20] pour les accouchements, sans distinguer les naissances vivantes. Le Service Public Fédéral Economie propose des chiffres de 2004 pour l'ensemble du pays bien que détaillés par âge et par région, mais portant sur les naissances vivantes. Enfin, l'O.N.E. présente des chiffres concernant la Communauté française fournis essentiellement par le recueil de données de ses travailleurs médicosociaux. Toutefois, une concordance semble se dessiner pour évaluer le taux de grossesses menées à terme chez les jeunes femmes de 12 à 20 ans, autour de 0,5 % du taux de naissances dans la population générale.

19. Office de la Naissance et de l'Enfant. Rapport 2005-2006, Banque de données médico-sociales, Dossier spécial : La prématurité. Bruxelles, 151p.
20. Cf. note 14

CONCLUSIONS

D'APRÈS L'EXAMEN DES DONNÉES PUBLIÉES, NOUS POUVONS RÉITÉRER LES CONCLUSIONS TIRÉES D'UNE ÉTUDE PLUS DÉTAILLÉE DATANT DE 2006[21], À SAVOIR :

- Le recours à la contraception est insuffisant
Seulement 27% des jeunes femmes entre 12 et 20 ans ont acheté une méthode contraceptive durant les trois dernières années; la proportion est encore plus faible en Région bruxelloise (16%). Les jeunes femmes en demande d'I.V.G n'ont utilisé aucune méthode ou ont utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel; c'est particulièrement le cas pour les très jeunes filles entre 10 et 14 ans.

- Le recours à l'avortement reste constant
Pour les dix dernières années, la proportion d'enregistrements concernant les mineures reste constante, soit entre 6% et 7% du total des enregistrements.
Le nombre de grossesses à l'adolescence n'augmente pas.
L'O.N.E. relève que, contrairement à d'autres pays, la maternité adolescente n'augmente pas en Belgique. Le taux de grossesses menées à terme chez les jeunes femmes de 12 à 20 ans est évalué à 0,5% du taux des naissances dans la population générale.

Les recommandations ne peuvent qu'appuyer ce que différentes instances ont déjà réclamé depuis plusieurs années :

- Améliorer la connaissance de la situation
Nous l'avons souligné en préambule, les données publiées restent disparates et parcellaires. Des collaborations sont indispensables entre les différents collecteurs et analystes de données, notamment en ce qui concerne des approches coordonnées et des définitions consensuelles des variables utiles en terme de santé publique (tranches d'âge, catégories socioculturelles, naissances et répartition géographique, etc.)

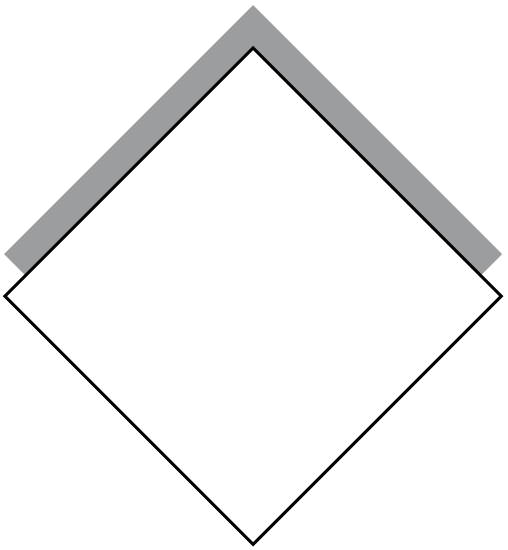
21. Beghin D. et al Adolescentes : sexualité & santé de la reproduction. Etat des lieux en Wallonie et à Bruxelles. Bruxelles, ULB-PROMES, février 2006, 64p.

- Soutenir l'éducation à la vie affective et sexuelle

Les actions d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire doivent être systématisées et répétées. Elles doivent viser à l'information sur toutes les méthodes contraceptives disponibles, sur les conséquences possibles d'une relation sexuelle non protégée et sur la disponibilité en structures médicosociales et informatives. Une étude récente de l'Université catholique de Louvain[22] souligne l'intérêt de mettre l'accent, lors de ces actions, sur l'acquisition ou le renforcement de compétences psychosociales (identifier et exprimer ses besoins, renforcer les capacités de faire des choix et de négocier, etc.). L'étude recommande également une attention particulière à l'accompagnement éducatif au moment du diagnostic de grossesse, pendant la grossesse et après la naissance.

- Améliorer l'information

Une information spécialisée est indispensable, y compris à l'extérieur du cadre scolaire, pour aider les jeunes à prendre conscience de leur fécondité et en assumer la responsabilité. Cela passe par le relais d'une information médiatique pertinente en évitant les généralisations et les réactions émotives. Une plus grande visibilité des structures offrant des services d'écoute et de consultations est également nécessaire ainsi qu'une accessibilité accrue à ces structures.



22. Aujoulat I., Libion F., Rose B. Les grossesses chez les adolescentes : Analyse des facteurs intervenant dans la survenue et leur issue. Bruxelles, UCL-Unité d'Education pour la santé RESO, octobre 2007.

BIBLIOGRAPHIE

ATHEA N.
Autour de la question de la grossesse. Rencontres avec les adolescents en milieu scolaire in *Les professionnels face à la sexualité des adolescents – Les institutions à l'épreuve* / sous la direction de P. Huerre et D. Lauru, Erès, 2001, pp.69-77.

AUJOULAT I., LIBION F., ROSE B.
Les grossesses chez les adolescentes : Analyse des facteurs intervenant dans la survenue et leur issue. Bruxelles, UCL-Unité d'Education pour la santé RESO, octobre 2007.

BEGHIN D. et al
Adolescentes : sexualité & santé de la reproduction. Etat des lieux en Wallonie et à Bruxelles. Bruxelles, ULB-PROMES, février 2006, 64p.

BROUARD N., KAFE H.
Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? in *Population & Sociétés*, 2000-10, n°361, pp.1-3.

CHERBONNIER A., KINNA F.
Grossesse et désir de grossesse à l'adolescence in *Bruxelles Santé*, 2001-06, n°22, pp.8-17.

DADOORIAN D.
Grossesses adolescentes. Erès, 2005, 132p.

DANGAIX D.
Prévenir les grossesses non désirées chez les adolescentes : travailler sur les déterminants personnels et familiaux in *La santé de l'homme,* 2006-04, n°382, pp.41-42.

DANGAIX D.
« Ne pas faire du désir d'enfant un sujet tabou » in *La santé de l'homme*, 2006-04, n°382, pp.45-46.

DAGUERRE A., NATIVEL C.
Voyage au pays des maternités précoces in *Le Monde diplomatique*, 19/04/2004, 7p.

DURAND S.
Accès à la contraception et recours à l'I.V.G chez les jeunes femmes in *De la contraception à l'avortement* / sous la direction de N. Bajos et M. Ferrand, INSERM, 2002, pp.249-302.

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 in *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2002-12, vol.30, n°12, pp.944-952.

GALLEZ M.
Etre mère à 14 ans. Pour qui ? Pour quoi ? SOS Enfants Mons-Borinage, 2002, 37p.

GAUTIER C.
Papas prématurés in *Familles*, n°9, 2003-01, pp.44-45.

KAMMERER P.
Adolescentes et mères : Leurs enfants, leurs amours, leurs hommes. Erès, 2005, 374p.

LEBAILLY A.S.
Approche qualitative de la contraception chez des adolescentes de 15-18 ans. Université libre de Bruxelles – Ecole de santé publique, Année académique 2001-2002.

LECLEIR D.
Banque de données médico-sociales de l'ONE – Dossier spécial : mères adolescentes. ONE, 2003, 65p.

LECLERCQ C.
Grossesses adolescentes in *L'observatoire*, n°42, 2004-07, pp.89-92.

LE VAN C.
Les grossesses à l'adolescence : normes sociales, réalités vécues. L'Harmattan, 1998. 204p.

Mineures enceintes, mineurs dans l'attente…
Ecole des Parents et des Educateurs, Service Droit des Jeunes, 2004, 19p.

MOREAU N., SWENNEN B., ROYNET D.
Etude du parcours contraceptif des adolescentes confrontées à une grossesse non prévue : éléments pour une meilleure prévention ? GACEHPA, 2006, 151p.

NISAND I.
Comment diminuer le nombre des I.V.G en France ? in *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, vol.31, n°6, 2003-06, pp.499-503.

UZAN M.
Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. INSERM, 2001, 35p.

Edité par le CEDIF, Centre de Documentation et d'Information de la Fédération Laïque de Centres de Planning Familial (FLCPF), décembre 2008.
Réalisation : Claudine CUEPPENS.
Comité de lecture : Dr Jean-Jacques AMY (FLCPF), Alain CHERBONNIER (Question Santé), Bérangère DE KETELE (SIPS), Pierre HONNAY (CEDIF), Delphine LANDENNE (Centre Louise Michel), Catherine LUCET (Agence Intermutualiste), Elodie SCHÄR (Famille Heureuse Saint-Josse), Hélène VANHAELEN (Plan F).
Graphisme et mise en page : Studio Press Communication.

FEDERATION LAÏQUE
de centres
DE PLANNING FAMILIAL

FLCPF - CEDIF
34 rue de la Tulipe • 1050 Bruxelles
Tél.: 02/502 68 00 • Fax.: 02/503 30 93
Courriel: cedif@planningfamilial.net
Site Internet: www.planningfamilial.net

Avec l'aide de la Commission communautaire française
et du Service de l'Education permanente
de la Communauté française

Ministère de la Communauté française

Editeur responsable : JJ. AMY – 34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles