

QUAND LES ENFANTS DEVIENNENT PARENTS. ASPECTS PSYCHO-SOCIAUX, MÉDICAUX ET ETHIQUES LIES À LA MATERNITÉ PARMIS LES ADOLESCENTES TUNISIENNES

SKANDER BEN KHESSIB¹, MAGDALENA IORGA^{2*},
DEMETRA-GABRIELA SOCOLOV³

ABSTRACT. When Children Become Parents. Psychosocial Aspects, Medical and Ethical Issues Related to Motherhood among Tunisian Teenagers. Teenage pregnancy is a wide spread phenomenon in the World. Pregnant during adolescence has a lot of consequences related to psychological, medical, social, legal and ethical aspects. Comparing to other countries, Tunisia has lower rates in teenage pregnancy. Demographical policies doubled by contraception programs and the legacy of termination of pregnancies lead to a decreasing number of children and also a higher number of pregnancies among teenagers. The paper is presenting psychological, social, legal and ethical problems related to teenage pregnancy in Tunisia.

Keywords: adolescence, pregnancy, ethics, Tunisia

RÉSUMÉ. Le phénomène des mères mineures est un problème mondial. Les conséquences d'une grossesse à l'adolescence sont diverses: psychosomatiques, légales et éthiques. Les naissances parmi les adolescentes sont moins fréquentes en Tunisie comparativement à d'autres pays. Obligatoires, les politiques démographiques successives de planning familiale allant de la contraception à la légalisation de l'avortement encouragé par la multiplication des centres de soins et la gratuité des actes médicaux; la réglementation de l'âge du mariage ont permis la diminution de la natalité et surtout des grossesses avancées chez les jeunes filles non mariées. L'article présente les aspects psychologiques, sociaux, légaux et éthiques liées à la grossesse pendant l'adolescence parmi les mineures tunisiennes.

Mots clés: adolescence, grossesse, éthique, Tunisie

¹ MG student, University of Medicine and Pharmacy „Gr. T. Popa” of Iasi, Romania.

² PhD lecturer, Medical Psychology, University of Medicine and Pharmacy „Gr. T. Popa” of Iasi, Romania.

³ PhD Associate Professor, Obstetrics and Gynecology, University of Medicine and Pharmacy „Gr. T. Popa” of Iasi, Romania.

* Corresponding author: magdalena.iorga@umfiasi.ro

INTRODUCTION

Le phénomène des mères adolescentes est mondial et de plus en plus préoccupant. En effet il touche à la santé et au socioculturel par la spécificité de cette tranche d'âge vulnérable.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit l'adolescence comme la tranche d'âge allant de 10 à 19 ans, elle débute à l'apparition des premiers signes de la puberté et sa fin dépend de chaque individu en fonction de sa maturité physique, psychologique, sexuelle et sociale.⁴ L'OMS définit aussi, la santé comme un sentiment de bien-être physique et psychique, d'où les répercussions, l'ampleur et la complexité de la situation.

La grossesse des adolescentes se réfère aux filles âgées de 10-19 ans. On estime que près de 11% des naissances dans le monde sont liés à des jeunes âgés de 15-19 ans, et plus de 90% de ces naissances surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les données statistiques de l'OMS montrent que le phénomène de la grossesse chez les adolescentes est très répandue dans le monde entier, avec des niveaux croissants été enregistrés dans les régions et pays spécifiques.

Plusieurs termes sont utilisés pour définir la grossesse à cette période: grossesse précoce, grossesse adolescente, grossesse chez une mineure. Mais cela ne correspond pas toujours au même groupe de population, il peut s'agir de jeunes filles de moins de 15 ans, 18 ans ou 20 ans. On observe depuis 1990 une diminution sensible bien qu'irrégulière des taux de natalité chez les adolescentes, mais près de 11 % des naissances dans le monde surviennent encore chez des jeunes filles de 15 à 19 ans. La grande majorité de ces naissances (95 %) ont lieu dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, conformément aux statistiques de l'OMS de 2014.

Selon les Statistiques sanitaires mondiales 2014, le taux de natalité moyen chez les jeunes filles de 15 à 19 ans est de 49 pour 1000 (299 naissances pour 1000 jeunes filles, les taux les plus élevés étant enregistrés en Afrique subsaharienne).

La grossesse pendant l'adolescence est soumise à des risques élevés, même pour les jeunes filles que pour leurs bébés. La grossesse chez l'adolescente reste l'un des principaux facteurs de mortalité de la mère et de l'enfant et contribue au cycle de la mauvaise santé et de la pauvreté. Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la deuxième cause de décès chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde. Toutefois, des baisses importantes du nombre de décès ont été observées dans toutes les Régions depuis 2000, en particulier en Asie du Sud-est, où les taux de mortalité sont passés de 21 à 9 pour 1000 jeunes filles. Près de

⁴ World Health Organization. (2014). Adolescent pregnancy.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>. Consulté le 21.04.2015

3 millions d'avortements non médicalisés ont lieu chez les jeunes filles de 15 à 19 ans chaque année, ce qui contribue à la mortalité maternelle et entraîne des problèmes de santé durables.

Les grossesses précoces accroissent les risques pour la mère comme pour l'enfant. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les morts naissances et les décès néonataux sont 50 % plus nombreux parmi les enfants nés de mères âgées de moins de 20 ans que parmi ceux de mères âgées de 20 à 29 ans. Plus la mère est jeune, plus le risque est grand pour l'enfant. Les enfants de mères adolescentes sont plus susceptibles d'avoir un faible poids de naissance, avec un risque de conséquences à long terme.

La plupart des études portant sur la grossesse chez les adolescentes ont été menées dans les États-Unis et la quasi-totalité d'entre eux concentrés sur les groupes ethniques denses comme afro-américaine, hispanique et ethnies Latina américaines⁵.

Parmi les pays développés, c'est aux États-Unis qu'on remarque le taux le plus élevé de grossesses chez les adolescentes entre 15 et 17 ans, taux beaucoup plus élevé que la plupart des pays européens. En Europe, c'est le Royaume-Uni qui a le taux le plus élevé. Par contre, la proportion d'adolescentes qui ont recours à une interruption volontaire de grossesse est plus importante dans plusieurs pays européens (surtout scandinaves) qu'aux États-Unis, où les jeunes filles ont davantage tendance à garder leur enfant⁶.

ASPECTS SOCIO-PSYCHOLOGIQUES DES MERES ADOLESCENTS

Une grossesse pendant l'enfance implique beaucoup de problèmes médicaux. Un enfant n'est pas physiquement prêt à mener une grossesse. L'immaturation biologique du col de l'utérus augmente la possibilité de contracter une maladie sexuellement transmissible. Certaines études montrent que l'initiation sexuelle précoce est liée à un taux d'utilisation des préservatifs et des contraceptifs (conduisant à des grossesses non désirées) et un taux de dépression plus élevé et les interactions négatives avec les pairs, conduisant à des problèmes psychologiques et les interactions sociales⁷.

⁵ Whitaker, R., Hendry, M., Aslam, R., Booth, A., Carter, B., Charles, J. M., ... & Pasterfield, D. (2016). Intervention Now to Eliminate Repeat Unintended Pregnancy in Teenagers (INTERUPT): a systematic review of intervention effectiveness and cost-effectiveness, and qualitative and realist synthesis of implementation factors and user engagement. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 20(16), 1-214

⁶ OMS, 2014.

⁷ Madkour, A. S., Harville, E. W., & Xie, Y. (2014). Neighborhood disadvantage, racial concentration and the birth weight of infants born to adolescent mothers. *Maternal and child health journal*, 18(3), 663-671.

En 2012, l'OMS a publié, en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), des lignes directrices sur la manière de prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive. Elles recommandent des mesures à prendre par les pays, visant six objectifs principaux⁸:

- réduire le nombre de mariages avant l'âge de 18 ans;
- sensibiliser l'opinion afin d'obtenir un soutien pour réduire le nombre de grossesses avant l'âge de 20 ans;
 - augmenter le recours à la contraception des adolescentes exposées à des grossesses non désirées;
 - réduire l'incidence des rapports sexuels sous la contrainte chez les adolescentes;
 - réduire le nombre d'avortements à risque chez les adolescentes;
 - accroître le recours à des soins qualifiés avant, pendant et après l'accouchement chez les adolescentes.

Les grossesses chez les adolescentes ont existé de tout temps en étant plus ou moins tabou. Elles persistent encore de nos jours et ce phénomène prend de plus en plus d'ampleur. En effet Malgré la libéralisation des moyens contraceptifs, la légalisation de l'IVG, la vente libre des préservatifs et les campagnes d'information, de sensibilisation à ce sujet; certaines jeunes filles échappent à cette prévention et se retrouvent enceintes.

En psychologie, nous retrouvons plusieurs profils psychologiques de ces adolescentes enceintes. Différentes classifications sont énoncées selon les auteurs mais globalement^{9,10} et on en distingue trois catégories :

- *La grossesse culturelle*: Par la grossesse, la fille cherche inconsciemment à vérifier sa capacité à procréer et apaiser ses angoisses d'infertilité. C'est le profil des filles mariées en quête de reconnaissance sociale pour valider le passage du statut d'enfant à un statut d'adulte. Elles en seront épanouies et posent peu de problèmes.

- *La grossesse misérable*: Par la grossesse la fille cherche inconsciemment à combler une carence affective dans l'enfance. Ce sont généralement des jeunes filles qui ont vécu une enfance difficile, des violences physiques ou une négligence éducative durant la petite enfance. Ces adolescentes souffrent souvent d'une mauvaise estime de soi et ce statut de mère leur permet de colmater la brèche et de régler un conflit latent. La grossesse équivaut à un remède et l'enfant vient compenser les angoisses dépressives et la sensation d'abandon. Ces jeunes femmes sont fréquemment en rupture scolaire, sociale et familiale, ont des conduites agressives ou encore des conduites addictives et sont en conflit avec leur famille.

⁸ World Health Organization. (2012). Health systems strengthening in countries of the Eastern Mediterranean Region: challenges, priorities and options for future action.

⁹ Seince, N., Pharisien, I., & Uzan, M. (2008). Grossesse et accouchement des adolescentes. Obstétrique.

¹⁰ Uzan, M., Seince, N., & Pharisien, I. (2004). Teenage pregnancy, 233-241.

- *La grossesse violente*: La grossesse semble être une conduite agressive directement dirigée contre son propre corps, il y a une prise de risque, une mise en danger de soi. Il s'agit d'une grossesse punition, un passage à l'acte par une sexualité non protégée. On retrouve fréquemment chez ces jeunes filles des troubles de comportement alimentaire ou des tentatives de suicide. Ses grossesses sont souvent accidentelles. Elles sont découvertes tardivement et sont mal suivies. Ces adolescentes sont en général scolarisées et vivent chez leurs parents qui les accompagnent pour la prise en charge de leur grossesse, c'est-à-dire soit une IVG si le diagnostic est précoce, soit à défaut une naissance. D'autres profils sont situés, allant de l'insouciance et l'immaturation à l'ignorance. Une grossesse est souvent accidentelle suite à une conduite imprudente et un désir inconscient d'être enceinte. Dans certaines sociétés, cette situation donne aux adolescentes un avantage matériel: une sorte de revenu par le biais de l'allocation jeune enfant et l'allocation parent isolé. Et un avantage moral sous-jacent: un rôle à jouer une sorte de valorisation de soi.

La grossesse doit être considérée comme un événement valorisant pour les jeunes femmes, mais devenir une mère pendant l'adolescence peut parfois avoir un impact négatif sur les adolescentes. Cela peut également affecter le bien-être physique et mental de l'enfant et ainsi que la qualité de vie pour la mère adolescente et de l'enfant¹¹. La pauvreté, le chômage, le faible niveau d'éducation et de faible revenu sont liés à un risque plus élevé de devenir enceinte au cours de cette étape de la vie. Aussi, les enfants de mères adolescentes sont plus susceptibles de devenir parents adolescents eux-mêmes^{12,13}.

En conséquence, les programmes nationaux sont introduits partout dans le monde dans le but de diminuer les taux de grossesses chez les adolescentes. Des programmes tels que l'éducation gratuite et les interventions psychosociales sont offerts et se sont révélés réduire de manière significative les cas de grossesse chez les adolescentes¹⁴. Les programmes éducatifs sexuels sont offerts parce que statistiquement, seulement 38 (12,1%) des adolescents utilisent la contraception au moment de la conception¹⁵.

¹¹ Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., ... & Vogel, J. P. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(s1), 40-48.

¹² Cook, S. M., & Cameron, S. T. (2015). Social issues of teenage pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 25(9), 243-248.

¹³ Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Da Silva, M. O., Astin, M., Wyness, L & Temmerman, M. (2007). Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *The European journal of public health*, 17(6), 630-636.

¹⁴ Sukhato, K., Wongrathanandha, C., Thakkinian, A., Dellow, A., Horsuwansak, P., & Anothaisintawee, T. (2015). Efficacy of additional psychosocial intervention in reducing low birth weight and preterm birth in teenage pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of adolescence*, 44, 106-116.

¹⁵ Vollmer, L. R., & van der Spuy, Z. M. (2016). Contraception usage and timing of pregnancy among pregnant teenagers in Cape Town, South Africa. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.

En ce qui concerne la Tunisie, il n'y a pas d'études scientifiques publiées qui puissent présenter des statistiques de la grossesse parmi les adolescentes tunisiennes. Ce qui est par contre connu, c'est que peu après son indépendance la Tunisie a mené une politique de planification des naissances (planning familiale) dans un cadre général de ce qu'on appelle le code de statut personnel. Une vision futuriste pour une société arabo musulmane. Contrôle des naissances, contraception, scolarisation obligatoire, recule de l'âge du mariage, légalisation de l'IVG (1963). Alors qu'en France il a fallu attendre 1974 par la loi Simone Veil¹⁶.

En 2008, l'indice synthétique de fécondité est passé de 7 à 2 enfants par femme: En ce qui concerne la Tunisie, la fécondité a diminué d'abord avec le recul de l'âge au mariage. La politique démographique a été doublée par les programmes de contraception et l'accès à l'éducation pour les jeunes femmes. Ces pas ont déterminé une transition rapide: en 40 ans, l'indice synthétique de fécondité est passé de 7 à 2 enfants par femme¹⁷.

ASPECTS JURIDIQUES ET ÉTHIQUES

Le phénomène des mères adolescentes en Tunisie ne pose pas de problèmes particuliers en comparaison à d'autres pays. La Tunisie se démarque nettement de ses voisins maghrébins et se détache des autres pays arabo- musulmans.

En Tunisie, l'âge du mariage est fixé à 18 ans tant pour les hommes que pour les femmes. Les mineurs qui souhaitent se marier avant cet âge doivent avoir l'approbation de leurs parents et un avis médical d'aptitude au mariage en plus du certificat prénuptial. En outre, l'âge minimum auquel une personne est considérée comme l'âge légal pour consentir à la participation à l'activité sexuelle est 20 ans. Légalement, un adolescent peut avoir un contact sexuel consensuel avec une mineure sans enfreindre la loi.

L'âge moyen d'entrer en union des femmes en Tunisie a varié selon les années. Le tableau suivant montre les différences en ce qui concerne l'âge du mariage, précisées par *Annuaire statistique INS*, de 1966 à 2000.

Toutefois, les mineurs âgés de 15 ans peuvent consentir seulement à leur conjoint. Les adolescents âgés de 17 ans ou moins ne sont pas légalement en

¹⁶ <http://information.tv5monde.com/terriennes/26-novembre-1974-simone-veil-presente-son-projet-de-loi-sur-la-legalisation-de-l-avortement>

¹⁷ Gastineau, B. (2012). Transition de la fécondité, développement et droits des femmes en Tunisie. *Les Cahiers d'EMAM. Études sur le Monde Arabe et la Méditerranée*, (21), 75-94.

mesure de consentir à une activité sexuelle. Une telle activité peut entraîner des poursuites pour viol ou la législation locale équivalente et avoir des conséquences pour toutes les personnes impliquées.

années	âge moyen
1966	19,5
1975	22,6
1984	24,3
1994	26,3
2000	27,8

Tableau 1. L'âge moyen d'entre en union

En raison de ces faits juridiques, une évaluation objective de la grossesse en Tunisie est difficile. En Tunisie, le taux de fécondité (naissances par femme) est le taux de fécondité de 2,3 et de l'adolescent est 7, (naissances pour 1000 filles de 15-19 ans)¹⁸. Il n'y a aucune étude qui donne un aperçu de la grossesse chez les adolescents en Tunisie.

L'âge de responsabilité de consentement pour l'activité sexuelle a été fixé à 20 ans pour les deux sexes. Le consentement doit être donné sans contrepartie matérielle ou don, auquel cas il sera question de "prostitution clandestine", ou, si l'une ou l'autre des deux parties est mariée, il pourrait s'agir de "rapports adultérins"¹⁹. Le consentement est considéré sans valeur si la victime a moins de 13 ans²⁰ (article 227 du code pénal). Si la victime a plus de 13 ans et moins de 15 ans révolus, l'auteur sera puni de 6 ans de prison (article 227 bis). Si la victime a plus de 15 ans et moins de 20 ans révolus, il sera puni de 5 ans de prison. La tentative est punissable. Toutefois, dans les deux derniers cas, le mariage de l'auteur avec la victime a pour effet la cessation des poursuites judiciaires à l'encontre de l'auteur, poursuites qui seront reprises en cas de divorce à sa demande dans un délai de 2 ans après le mariage.

Dès l'accession du pays à l'indépendance, Le charismatique président Habib Bourguiba a favorisé la sécularisation de l'État et a accordé aux Tunisiennes par l'entremise du Code du statut personnel (CSP) des droits qu'aucun pays arabo-musulman n'avait octroyés auparavant. Prônant et développant ce que l'on appellera

¹⁸ World Bank (2014). Adolescent fertility rate in Tunisia.

<http://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT> Retrived at 20.03.2015

¹⁹ Le Bris, A. (2009). La maternité interdite: être mère sans être épouse en Tunisie. Entre déni et «normification». *Recherches féministes*, 22(2), 39-57.

²⁰ <http://www.ageofconsent.com/tunisia.htm>.

plus tard un « féminisme d'État », les droits acquis par les femmes sont nombreux. Le droit à l'identité de tous les enfants que soit une progéniture venant d'un mariage ou hors mariage la loi n° 57-3 du 1er août 1957 (4 Moharrem 1377) réglementant l'État civil. En outre, l'article 1 de la Loi n° 2003-51, qui modifie la Loi n° 98-75 relative à l'attribution d'un nom aux enfants abandonnées ou de filiation inconnue, prévoit que les enfants nés de mères célibataires dont l'identité du père est inconnue portent le nom patronymique de leur mère (Tunisie 7 juillet. 2003). Toutefois, les hommes qui sont reconnus comme étant les pères d'enfants nés hors du mariage doivent donner leur nom patronymique à leurs enfants et payer une pension alimentaire pour ces enfants (art. 3bis). De plus, la nationalité tunisienne d'un enfant né d'une mère célibataire est garantie par l'article 6 du chapitre premier du Code de la nationalité tunisienne (Tunisie, 30 nov. 1984).

La position sociale des mères en Tunisie

Quand à la mère adolescente mariée son sort est autre car elle serait glorifié emmené au rang de femme et mère de famille elle sera soutenu moralement et financièrement pas ses proche et son entourage.

En effet, en Tunisie même aujourd'hui, la famille et les liens entre les individus – qu'ils soient de filiation ou d'alliance – ne sont reconnus qu'à partir de l'institutionnalisation maritale. Le mariage est en effet le seul cadre institutionnel légitimé pour l'exercice légal de la sexualité et de la procréation.

Dans cette société restée largement traditionnelle, les mères célibataires ont conscience, dès l'instant où elles décident d'assumer l'existence de leur enfant, qu'elles vont vivre hors des normes sociales de maternité.

Les femmes célibataires, en particulier les jeunes filles mineures, qui décident de garder leur enfant s'exposent à l'opprobre général. Leur enfant symbolise à la fois la transgression sexuelle mais aussi le péché suprême à l'égard de la religion.

De plus, le fait qu'une mère seule, mineure de surcroît, ne puisse satisfaire pleinement les besoins économiques et éducationnels de ses enfants est un préjugé largement répandu. Ce type de famille monoparentale est complètement réprouvé malgré un contexte favorable à leur émancipation économique et sociale.

En raison du tabou qui entoure la question de la maternité célibataire, peu de données sont produites sur cette frange de la population. Seules les données que récoltent les hôpitaux publics nous renseignent sur le profil des mères célibataires qu'ils reçoivent. Elles sont plutôt jeunes, âgées de 21 à 25 ans pour la majorité d'entre elles, issues de milieux défavorisés et très faiblement instruites. Elles occupent, quand

elles sont actives, un poste peu qualifié : employées domestiques ou ouvrières non qualifiées. Contrairement à d'autres femmes célibataires en situation de grossesse non désirée, ces jeunes filles n'ont pas souvent recours à l'avortement, pourtant légalisé, par manque d'informations et d'éducation, elles s'aperçoivent tard de leur grossesse.

En outre, malgré l'existence d'une structure associative pourtant créée dans le but de les soutenir, certaines mères célibataires refusent de s'y rendre.

Les problèmes éthiques sont également impliqués dans le cas des enfants ayant des enfants. Être patients mineurs, différents dilemmes sont liés à l'accord informer et la prise en charge du nouveau-né en cas de besoin médical (qui signe le consentement informer) ou quelle personne va signer et rejoindre la mère adolescente à et de l'hôpital.

CONCLUSIONS

Etant un phénomène soumis à une croissance accélérée pendant les dernières décades, les causes et les conséquences de la maternité pendant l'adolescence ont été révélées par de nombreuses études faites partout dans le monde. Des aspects psychologiques, sociaux, éducationnels, économiques et politiques ont été identifiés, en tenant compte de divers variables comme les cultures, la migration et les ethnies. La Tunisie, en comparaison avec d'autre pays, connaît une évolution moins faible de ce phénomène. Le type familial, les pressions sociales et les interventions politiques ont bien influencé les risques des mineures de devenir mères pendant l'adolescence.

Les problèmes éthiques sont également impliqués dans le cas des enfants ayant des enfants. Être patients mineurs, différents dilemmes sont liés à l'accord informer et la prise en charge du nouveau-né en cas de besoin médical (qui signe le consentement informer) ou quelle personne va signer et rejoindre la mère adolescente à et de l'hôpital.

Pour toutes les mères célibataires (répertoriées: cas sociaux), il y a des structures d'accueil à l'hôpital pour leur faciliter l'hospitalisation. La prise en charge est intégralement gratuite quel que soit l'acte médical: consultation, IVG ou accouchement.

Pour celles qui choisissent le secteur privé (clinique et médecins de libre pratique) c'est payant. Mais dans les deux cas, la femme aura à choisir de garder son bébé ou de laisser dans le service de néonatalogie de la maternité, en vue de le transférer dans les 72 H à une institution étatique. S'il n'est pas adopté, il y reste jusqu'à l'âge adulte. Scolarisation et embauche assurées. On les nomme les enfants de Bourguiba.

BIBLIOGRAPHIE

- COOK, S. M., & CAMERON, S. T. (2015). Social issues of teenage pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 25(9), 243-248.
- GANCHIMEG, T., OTA, E., MORISAKI, N., LAOPAIBOON, M., LUMBIGANON, P., ZHANG, J., ... & VOGEL, J. P. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(s1), 40-48.
- GASTINEAU, B. (2012). Transition de la fécondité, développement et droits des femmes en Tunisie. *Les Cahiers d'EMAM. Études sur le Monde Arabe et la Méditerranée*, (21), 75-94.
- IMAMURA, M., TUCKER, J., HANNAFORD, P., DA SILVA, M. O., ASTIN, M., WYNESS, L & TEMMERMAN, M. (2007). Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *The European journal of public health*, 17(6), 630-636.
- LE BRIS, A. (2009). La maternité interdite: être mère sans être épouse en Tunisie. Entre déni et «normification». *Recherches féministes*, 22(2), 39-57.
- MADKOUR, A. S., HARVILLE, E. W., & XIE, Y. (2014). Neighborhood disadvantage, racial concentration and the birth weight of infants born to adolescent mothers. *Maternal and child health journal*, 18(3), 663-671.
- SEINCE, N., PHARISIEN, I., & UZAN, M. (2008). Grossesse et accouchement des adolescentes. *Obstétrique*.
- SUKHATO, K., WONGRATHANANDHA, C., THAKKINSTIAN, A., DELLOW, A., HORSUWANSAK, P., & ANOTHASINTAWEE, T. (2015). Efficacy of additional psychosocial intervention in reducing low birth weight and preterm birth in teenage pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of adolescence*, 44, 106-116.
- UZAN, M., SEINCE, N., & PHARISIEN, I. (2004). Teenage pregnancy, 233-241
- VOLLMER, L. R., & VAN DER SPUY, Z. M. (2016). Contraception usage and timing of pregnancy among pregnant teenagers in Cape Town, South Africa. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.
- WHITAKER, R., HENDRY, M., ASLAM, R., BOOTH, A., CARTER, B., CHARLES, J. M., ... & PASTERFIELD, D. (2016). Intervention Now to Eliminate Repeat Unintended Pregnancy in Teenagers (INTERUPT): a systematic review of intervention effectiveness and cost-effectiveness, and qualitative and realist synthesis of implementation factors and user engagement. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 20(16), 1-214.
- WORLD BANK (2014). Adolescent fertility rate in Tunisia.
<http://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT> Retrived at 20.03.2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2012). Health systems strengthening in countries of the Eastern Mediterranean Region: challenges, priorities and options for future action.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2014). Adolescent pregnancy.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/> Retrived at 21.04.2015.