



HAL
open science

Aspects psycho-sociaux des interruptions volontaires de grossesse chez les mineures

Aude Le Borgne

► **To cite this version:**

Aude Le Borgne. Aspects psycho-sociaux des interruptions volontaires de grossesse chez les mineures. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00830836

HAL Id: dumas-00830836

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00830836v1>

Submitted on 5 Jun 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2013

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

LE BORGNE AUDE

NEE LE 14 avril 1981 à LE HAVRE (76)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 MARS 2013

**ASPECTS PSYCHO-SOCIAUX DES INTERRUPTIONS
VOLONTAIRES DE GROSSESSE CHEZ LES MINEURES**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Eric VERSPYCK

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Docteur Sophie DEGRE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoît VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. FIGUET - C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J. ANDRIEU-GUITRANCOURT - M. BENOZIO - J. BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - DESHAYES - C. FESSARD - J.P. FILLASTRE - P. FRIGOT - J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER - Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P. LEMERCIER - J.P. LEMOINE - M ^{lle} MAGARD - MM. B. MATROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P. MITROFANOFF - M ^{me} A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H. FIGUET - M. SAMSON - M ^{me} SAMSON-DOLLFUS - J.C. SCHRUB - R. SOYER - B. TARDIF - TESTART - J.M. THOMINE - C. THUILLEZ - P. TRON - C. WINCKLER - L.M. WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M ^{me} Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
M ^{me} Soumaya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M ^{me} Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surmombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain CRIBIER (<i>Surmombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale

M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Héléne ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGIER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie Infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive

M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mie Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEU	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie

Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR-AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Marline PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdelham CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najja GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie

Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
----------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
-------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virginia OXARAN	Microbiologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL UFR Médecine-générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER UFR Médecine générale

M. Alain MERCIER UFR Médecine générale

M. Philippe NGUYEN THANH UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE UFR Médecine générale

Mme Elisabeth MAUVIARD UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse THUEUX UFR Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M. Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mlle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Marina PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE

Biochimie et biologie moléculaire
(UMR 1079)

Mme Carine CLEREN

Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline GAILDRAT

Génétique moléculaire humaine
(UMR 1079)

M. Antoine OUVRARD-PASCAUD

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mme Isabelle TOURNIER

Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Sergueï FETISSOV

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su RUAN

Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Eric VERSPYCK,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Madame le Professeur Priscille GERARDIN,
Vous me faites l'honneur de participer au jury.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

A Madame le Professeur Nathalie RIVES,
Vous me faites l'honneur de participer au jury.
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Sophie Degré,
Tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail.
Merci d'avoir partagé ton point de vue et ton expérience sur ce sujet.
Merci pour ta disponibilité, tes conseils et ta relecture.

A Ella,

Mon petit soleil, tu n'étais jamais très loin durant la réalisation de ce travail

A Jérôme,

Pour tellement de choses...

A mes parents,

Pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ces années

A mes sœurs,

Candice, pour sa vision toujours optimiste de la vie

Mylène, pour ses conseils de rédaction et sa relecture très attentive

A toute ma famille et mes amis,

A Paulette et Jean-Claude,

A tous les professionnels médicaux et paramédicaux que j'ai rencontrés au cours de mon cursus et auprès desquels j'ai beaucoup appris,

A la planification familiale du GHH,

Merci en particulier à Virginie et Roselyne de m'avoir si gentiment accueillie et conseillée pendant ce travail.

TABLE DES MATIERES

Liste des tableaux et figures	p. 20
Liste des abréviations	p. 22
Introduction	p. 23
<i>Préambule</i>	
1. <u>Etat des lieux</u>	p. 24
1.1. Les chiffres de l'interruption volontaire de grossesse (IVG)	
1.1.1. Au niveau national	
1.1.2. Au niveau régional	
1.1.3. Au niveau local	
1.2. L'IVG en Europe et dans le monde	
1.3. Evolution du recours à l'IVG en France depuis 20 ans	
1.4. Le paradoxe français : les méthodes contraceptives progressent mais le nombre d'IVG stagne	
2. <u>Rappel historique : législation de la contraception et de l'IVG en France</u>	p. 33
2.1. Loi Neuwirth : légalisation de la contraception	
2.2. Loi Veil : légalisation de l'IVG	
2.3. Loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence	
2.4. Loi du 04 juillet 2001 : la loi Veil modernisée	
2.5. Loi du 09 août 2004 : les objectifs à atteindre concernant la contraception et l'IVG	

3. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse

p. 36

- 3.1. L'IVG : structures de prise en charge, déclaration, couverture des frais
- 3.2. La consultation initiale
- 3.3. L'entretien psycho-social
- 3.4. Le délai de réflexion
- 3.5. Les techniques de l'IVG selon l'âge gestationnel
- 3.6. Prise en charge de la douleur, analgésie, anesthésie
- 3.7. Prévention des complications infectieuses
- 3.8. Prévention de l'incompatibilité Rhésus
- 3.9. Suites immédiates de l'IVG
- 3.10. Visite de contrôle
- 3.11. Complications

4. L'adolescence

p. 43

- 4.1. Définitions
- 4.2. Les étapes du développement à l'adolescence
- 4.3. La puberté
- 4.4. Sexualité des adolescents
- 4.5. Législation et sexualité : les droits des mineurs en matière de sexualité, contraception et IVG

5. L'adolescent et le recours aux soins primaires

p. 48

- 5.1. Fréquence et caractéristiques du recours aux soins
- 5.2. Spécificités de la consultation de l'adolescent en médecine générale

6. Problématique

p. 51

Matériel et méthode p. 52

1. Méthode qualitative p. 52

- 1.1. Définition
- 1.2. Pourquoi ce choix

2. Constitution de l'échantillon p. 52

- 2.1. Population à étudier
- 2.2. Recrutement des participants

3. Méthodologie des entretiens p. 53

- 3.1. Choix de l'entretien semi-structuré
- 3.2. Elaboration du guide d'entretien
- 3.3. Déroulement des entretiens
- 3.4. Fin du recueil des données

Résultats p. 55

1. Caractéristiques de l'échantillon interrogé p. 55

- 1.1. Aspects sociodémographiques
 - 1.1.1. Age au moment de la demande d'IVG
 - 1.1.2. Lieu d'habitation
 - 1.1.3. Filière scolaire suivie ou profession exercée
 - 1.1.4. Situation familiale des parents
 - 1.1.5. Activité et catégorie socio-professionnelle des parents
 - 1.1.6. Origine culturelle familiale
 - 1.1.7. Rang dans la fratrie

- 1.2. Antécédents médicaux
- 1.3. Consommation de substances psychoactives

2. Sexualité et comportement contraceptif

p. 61

- 2.1. Vie affective
 - 2.1.1. Age des mineures au premier rapport sexuel
 - 2.1.2. Statut affectif
 - 2.1.3. Le partenaire
 - 2.1.4. Parents informés de la relation ?
- 2.2. Contraception
 - 2.2.1. Contraception utilisée
 - 2.2.2. Les rapports non protégés
 - 2.2.3. La contraception d'urgence
 - 2.2.4. Informations scolaires sur la sexualité

3. Grossesse et IVG

p. 70

- 3.1. Découverte de la grossesse
 - 3.1.1. Circonstances de découverte de la grossesse
 - 3.1.2. Motif de survenue de la grossesse
 - 3.1.3. Le rôle du partenaire
 - 3.1.4. Le rôle des parents
- 3.2. Interruption volontaire de grossesse
 - 3.2.1. Le nombre d'IVG réalisées
 - 3.2.2. Information des parents de la demande d'IVG
 - 3.2.3. Qualité de l'accompagnant, en l'absence d'autorisation parentale
 - 3.2.4. Motivations de la demande d'IVG
 - 3.2.5. Terme de la grossesse lors de l'entretien psycho-social, lors de l'IVG
 - 3.2.6. Méthode de l'IVG
 - 3.2.7. Contraception prescrite en post-IVG
 - 3.2.8. Complications en post-IVG

Discussion p. 79

1. Limites et biais de l'étude p. 79

- 1.1. Limites liées à l'échantillon
- 1.2. Limites liées au guide d'entretien
- 1.3. Biais de recueil
- 1.4. Biais liés à la retranscription des données

2. Comportements sexuels et couverture contraceptive des adolescents : comparaison des principaux résultats avec les données de la littérature p. 81

- 2.1. L'âge au premier rapport sexuel
- 2.2. La contraception
- 2.3. La contraception d'urgence
- 2.4. L'information scolaire sur la sexualité et la contraception

3. Facteurs liés à la survenue d'une grossesse à l'adolescence p. 87

- 3.1. Facteurs cognitifs liés à l'adolescence
- 3.2. Facteurs psychologiques
- 3.3. Facteurs liés à l'environnement économique, social et culturel
- 3.4. Facteurs lié à l'entourage

Conclusion p. 95

Bibliographie p. 97

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Bulletin Statistique d'interruption volontaire de grossesse

Annexe 3 : Recommandations par l'ANAES des techniques utilisables pour l'IVG selon l'âge gestationnel

Résumé et mots-clés

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution du nombre d'IVG et du taux de recours depuis 1990

Tableau 2 : Evolution du ratio IVG/naissances selon le groupe d'âge

Tableau 3 : Evolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2010

Tableau 4 : Taux de natalité et d'avortement parmi les adolescentes de 15 à 19 ans dans les pays développés vers 1995

Tableau 5 : Taux de grossesses abouties et d'IVG en 2009 pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans

Tableau 6 : Nombre de grossesses ayant abouti soit à un avortement soit à une naissance vivante pour 1000 adolescentes atteignant l'âge de 18 ans (source INED)

Tableau 7 : Etapes du développement à l'adolescence

FIGURES

Figure 1 : Age des mineures lors de la demande d'IVG

Figure 2 : Lieu d'habitation des mineures

Figure 3 : Filière scolaire suivie par les mineures scolarisées

Figure 4 : Situation familiale des parents

Figure 5 : Activité professionnelle des parents des mineures

Figure 6 : Catégorie socio-professionnelle des parents

Figure 7 : Origine culturelle familiale des parents

Figure 8 : Répartition de la consommation de substances psychoactives

Figure 9 : Age des mineures lors de leur premier rapport sexuel

Figure 10 : Statut affectif des mineures interrogées

Figure 11 : Durée de la vie de couple des mineures (en mois)

Figure 12 : Age des partenaires (en années)

Figure 13 : Activité des partenaires

Figure 14 : Filière scolaire suivie par les partenaires scolarisés

- Figure 15 : Type de moyen de contraception utilisé
- Figure 16 : Type de moyen de contraception utilisé selon l'âge
- Figure 17 : Informations reçues en milieu scolaire sur la sexualité
- Figure 18 : Circonstances de découverte de la grossesse
- Figure 19 : Motifs de survenue de la grossesse
- Figure 20 : Parents informés de la grossesse selon l'âge
- Figure 21 : Parent informé de la demande d'IVG
- Figure 22 : Qualité de l'accompagnant
- Figure 23 : Age gestationnel lors de l'entretien psychosocial
- Figure 24 : Age gestationnel lors de l'IVG
- Figure 25 : Méthode de l'IVG
- Figure 26 : Contraception prescrite en post-IVG

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CREDES : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EPS : Entretien Psycho-social

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORSHN : Observatoire Régional de Santé de Haute-Normandie

SA : Semaines d'Aménorrhée

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

INTRODUCTION

Préambule

Le vingtième siècle a connu de profonds bouleversements en matière de sexualité et de contraception.

La place des femmes dans la société s'est modifiée avec l'accès à l'éducation et au travail.

Elles revendiquent le droit à une maternité choisie.

Avec la légalisation de la contraception et sa modernisation, la sexualité des femmes est reconnue et considérée par les pouvoirs publics.

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est autorisée en 1975, mais il n'est alors guère question de la sexualité des jeunes.

Son évocation dans les débats publics s'est renforcée au début des années 1980 avec la découverte du virus du SIDA.

Progressivement les questions relatives à la sexualité et à la contraception des jeunes sont devenues un enjeu de santé publique.

La loi du 4 juillet 2001 fixe des objectifs en matière d'éducation à la sexualité en milieu scolaire ; la loi du 9 août 2004 pose ceux relatifs à la prévention des grossesses non désirées et la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse.

Malgré une bonne diffusion de la contraception en France, notamment grâce aux campagnes d'information véhiculées par les médias, le nombre d'IVG chez les mineures n'évolue pas.

On pourrait penser qu'une partie de la survenue de grossesses non désirées à l'adolescence peut être évitée en ciblant mieux les politiques de prévention.

Ainsi le médecin généraliste, par sa position de soignant au cœur de la problématique familiale, apparaît comme l'acteur-clé dans l'information et l'éducation des jeunes en matière de sexualité et de contraception.

1. Etat des lieux

1.1. Les chiffres de l'interruption volontaire de grossesse

1.1.1. Au niveau national

Le nombre d'IVG dans la population générale en France métropolitaine :

Après une augmentation constante du nombre d'interruptions volontaires de grossesse depuis les années 1990, on constate une stabilisation autour de 215 000 IVG par an, depuis 2005 (tableau 1).

En 2010, environ 212 000 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées en France métropolitaine, contre 185 000 en 1990, soit une progression d'environ 15% en vingt ans¹.

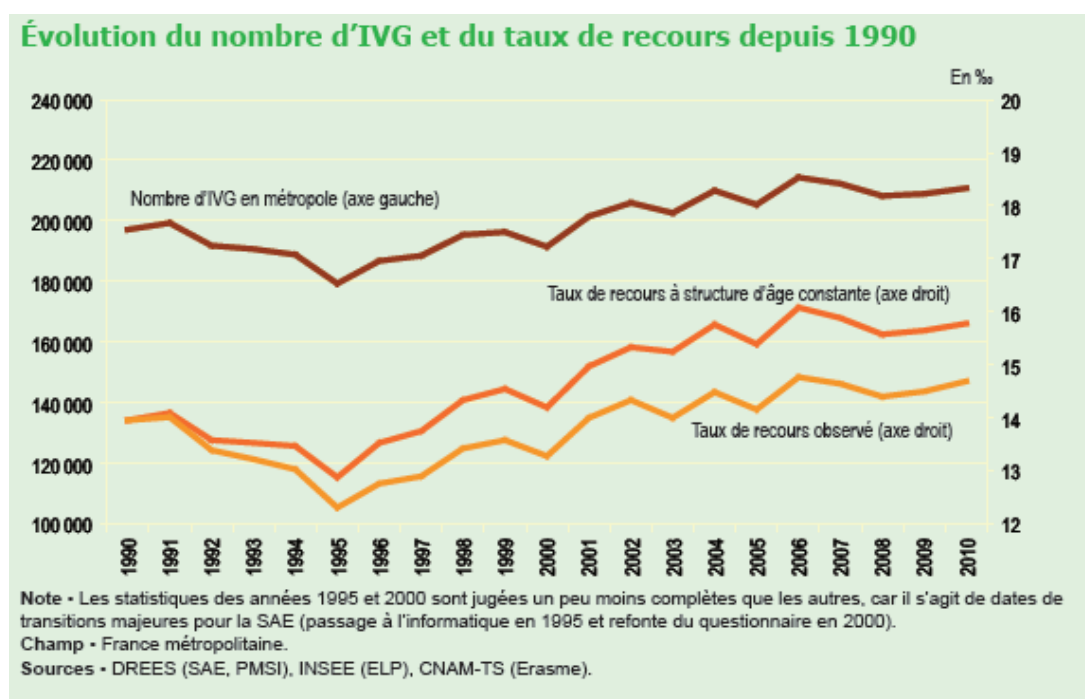


Tableau 1 : Evolution du nombre d'IVG et du taux de recours depuis 1990 (sources DRESS, INSEE)

¹ Données DREES : Les interruptions volontaires de grossesse en 2010, A.VILAIN

Le nombre d'IVG chez les mineures :

On note également une tendance à la stabilisation du nombre d'IVG chez les mineures depuis 2005 autour de 30 000 IVG par an chez les 15-19 ans.

En 2010, presque 30 000 femmes âgées de 15 à 19 ans ont eu recours à l'IVG, dont 40% concernaient les 15-17 ans.

En 1990 on comptait 23 000 IVG chez les 15-19 ans, (près de 9000 chez les 15-17 ans).

On remarque une évolution quasi parallèle du nombre d'IVG et de naissances, depuis une vingtaine d'années, traduisant une stabilité de la tendance à interrompre une grossesse. Cependant ce ratio et son évolution varient fortement selon l'âge (tableau 2).

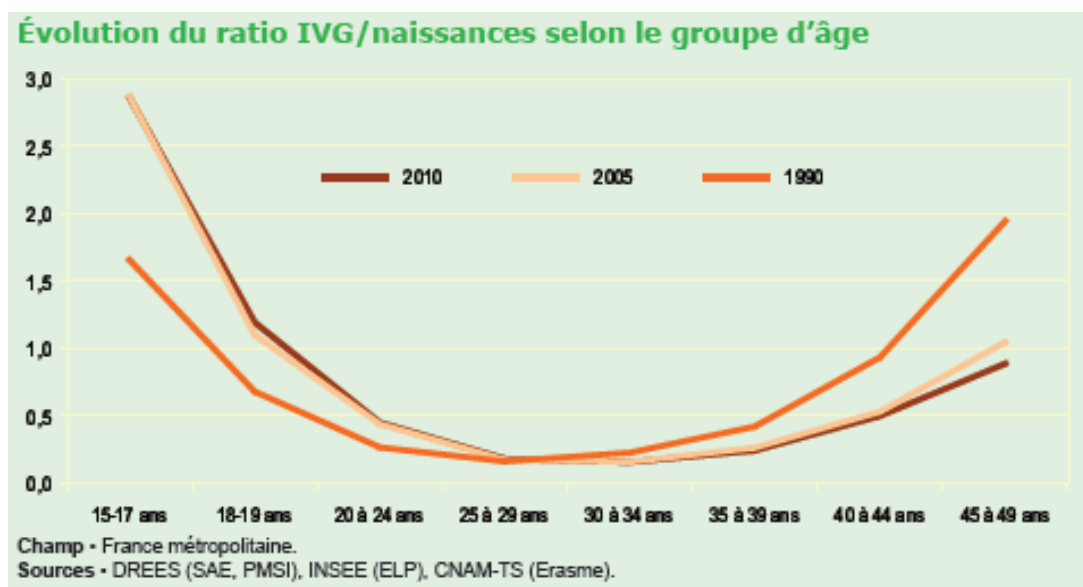


Tableau 2 : Evolution du ratio IVG/naissances selon le groupe d'âge (source DREES, INSEE)

Dans le groupe d'âge 15-17 ans, le ratio a fortement augmenté en vingt ans (passant de 1.5 à presque 3). Il est aussi le plus élevé dans cette classe d'âge en 2010.

Le recours à l'IVG en France métropolitaine :

En 2010, le recours à l'IVG concerne 15,1 femmes âgées de 15 à 49 ans pour 1000 (14‰ en 1990).

C'est parmi les femmes de 20 à 24 ans qu'il est le plus élevé (27‰ en 2010).

Pour les mineures, il est de 11.8 ‰ en 2010.

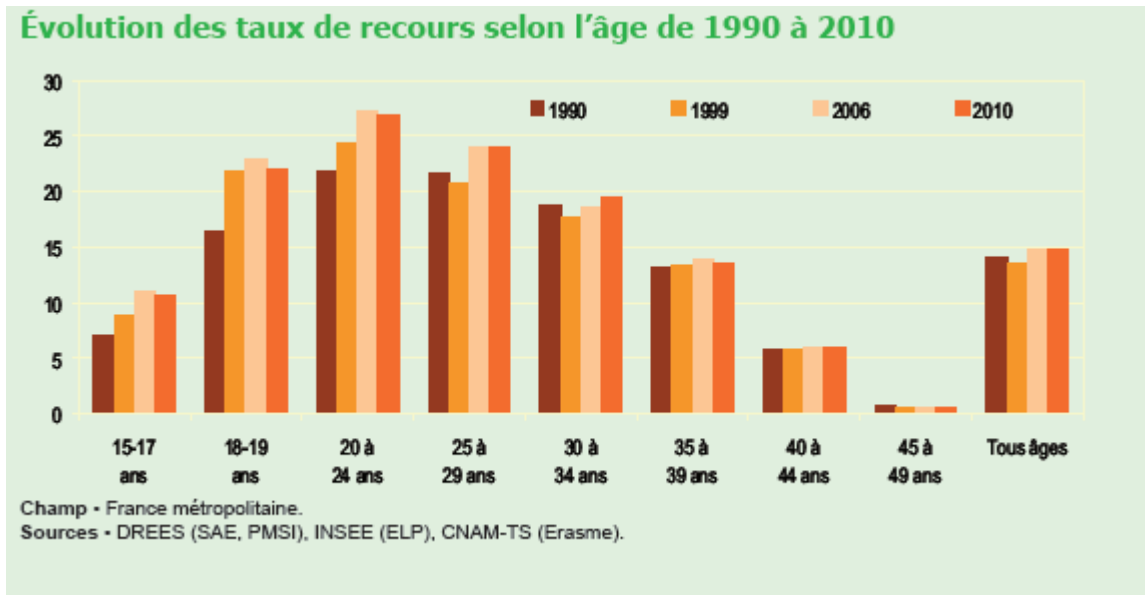


Tableau 3 : Evolution des taux de recours selon l'âge de 1990 à 2010 (sources DREES, INSEE)

Pour dénombrer le nombre d'IVG, les données sont principalement issues des bulletins d'interruptions de grossesse dont le remplissage est prévu par la loi, ainsi que des statistiques annuelles des établissements de santé.

On estime cependant que les bulletins d'IVG ne sont pas exhaustifs.

En ce qui concerne les IVG médicamenteuses qui ne sont pas réalisées en établissements de santé, on utilise le nombre de remboursements de forfaits correspondant à des IVG médicamenteuses, disponible auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

1.1.2. Au niveau régional

D'après les chiffres de la DRASS² en 2006, 16 sites pratiquent des interruptions volontaires de grossesse en Haute-Normandie (13 sites en établissements publics, 3 établissements privés).

On peut y ajouter un nouvel établissement privé situé au Havre, pratiquant les IVG depuis 2010.

On compte 6 établissements publics dans l'Eure, 7 en Seine-Maritime.

Les 4 établissements privés se situent en Seine-Maritime.

En 2010, 5600 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées en Haute-Normandie.

En 2010, en Haute Normandie, les taux de recours à l'IVG pour les femmes de 15 à 49 ans et pour les mineures sont inférieurs aux taux de recours nationaux (13,4‰ chez les 15-49 ans et 10,7‰ chez les mineures).

D'après les bulletins statistiques de la DRASS de Haute-Normandie, le nombre d'IVG chez les 15-49 ans est resté relativement stable entre 1990 et 2004, autour de 5000 IVG (pour un nombre de naissances en Haute Normandie situé autour de 23 000 sur la même période).

En revanche, on remarque une nette augmentation du nombre d'IVG chez les mineures : on comptait 200 IVG chez les mineures en 1992, contre 350 en 2004.

1.1.3. Au niveau local

Sur le territoire de santé du Havre, en 2009 d'après le réseau périnatalité, la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse en établissement hospitalier se répartissait ainsi :

- environ 55% des IVG ont été réalisées par le Centre Hospitalier du Havre ; 21% par la clinique des Ormeaux.
- moins de 10% pour l'hôpital de Lillebonne et pour celui de Fécamp.
- environ 5% pour l'hôpital de Pont-Audemer.

² Les interruptions volontaires de grossesse en Haute-Normandie, Dr M-F Merlin-Bernard, DRASS Haute-Normandie, septembre 2006.

En 2009, 1150 IVG ont été réalisées sur le territoire de santé du Havre.

En 2011, 452 IVG ont été pratiquées au Centre hospitalier du Havre, dont 64 chez des mineures (soit 14% des IVG réalisées).

1.2. L'IVG en Europe et dans le monde

Les maternités précoces dans le monde sont moindres qu'autrefois mais n'ont pas disparu.

54 enfants pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans sont nés dans le monde en 2010, soit 16% de moins qu'en 2000.

Le taux de fécondité à 15-19 ans varie presque de 1 à 100 selon les pays.

La fécondité précoce est souvent élevée là où la fécondité d'ensemble (15-49 ans) l'est elle-même (comme en Afrique subsaharienne).

Cependant la fécondité précoce est élevée dans certains pays industrialisés où la fécondité d'ensemble est basse (Royaume-Uni, Etats-Unis).

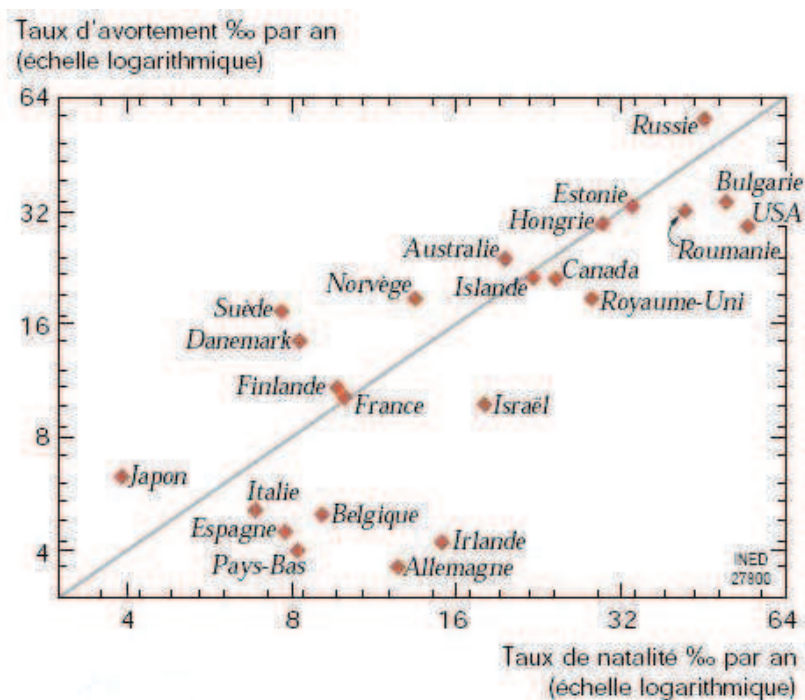


Tableau 4: Taux de natalité et d'avortement parmi les adolescentes de 15 à 19 ans dans les pays développés vers 1995 (source INED)

Le tableau 4 illustre les taux de natalité et d'avortement parmi les adolescentes âgées de 15 à 19 ans.

Les pays ayant une forte natalité et un taux d'avortement élevé sont principalement les anciens pays du bloc de l'Est, ainsi que les USA.

Les pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne) ont une natalité et des taux d'avortement bas pour cette classe d'âge mais ont aussi un taux de fécondité à tous les âges parmi les plus bas du monde.

Aux Pays-Bas les taux de natalité et d'avortement des adolescentes sont très bas.

En Suède les grossesses sont plus fréquentes chez les 15-19 ans mais la plupart sont interrompues.

La France occupe une position intermédiaire entre les pays du Sud et ceux du Nord.

Le centre d'analyse stratégique³ a étudié le taux de grossesse chez les mineures (en additionnant les taux de fécondité et d'interruption volontaire de grossesse 15 à 19 ans) : les jeunes Françaises présentent un taux de grossesse en léger recul depuis ces dernières années, mais il reste très supérieur à celui des Suissesses et des Néerlandaises.

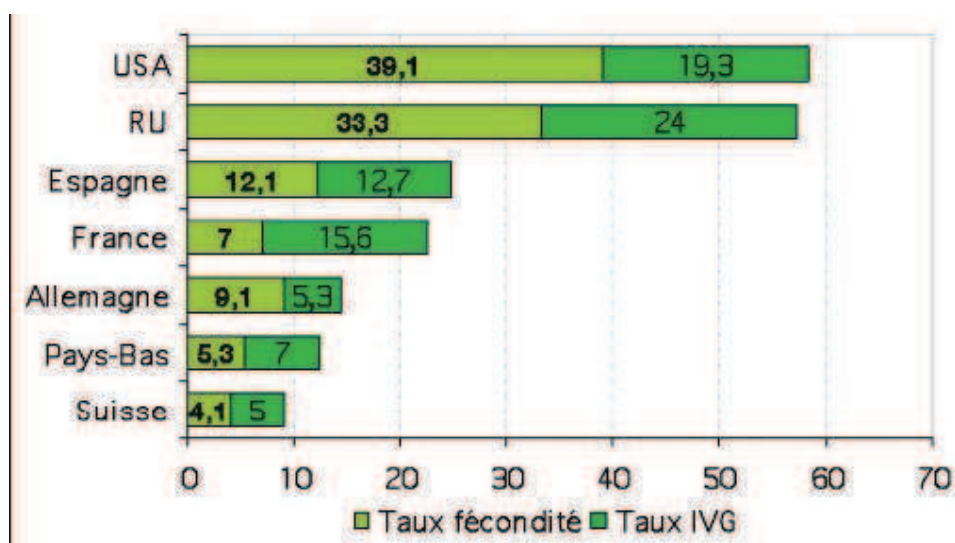


Tableau 5 : taux de grossesses abouties et d'IVG en 2009 pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans (source centre d'analyse stratégique)

En effet, les pays du nord de l'Europe comme la Hollande, sont un modèle en matière de tolérance vis à vis de la vie sexuelle des jeunes.

³ Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Centre d'Analyse Stratégique, juin 2011.

En revanche, certains pays comme les Etats-Unis et le Royaume-Uni, où la sexualité des mineurs reste encore taboue, connaissent des taux de grossesse élevés dans cette tranche d'âge. Les politiques publiques de ces pays cherchent à retarder l'entrée des adolescents dans la vie sexuelle.

1.3. Evolution du recours à l'IVG en France depuis 20 ans

Depuis les années 1980, le nombre de grossesses d'adolescentes diminue : on constate une baisse importante des naissances vivantes (diminution de 60% chez les mineures entre 1980 et 2000) mais le nombre annuel d'IVG chez les mineures stagne.

En 30 ans, le nombre d'adolescentes en âge de concevoir a diminué, suivant les fluctuations de la natalité (fin du baby-boom et libéralisation de la contraception).

L'évolution de la fécondité des 12-17 ans a connu deux phases :

- au cours des années 1980 la proportion d'adolescentes débutant une grossesse a fortement diminué, entraînant une baisse de la fréquence des naissances vivantes, et dans une moindre mesure celle des IVG.
- au cours des années 1990, les conceptions se sont stabilisées, le nombre de naissances vivantes diminuent toujours mais la fréquence des IVG remonte.

Parallèlement, depuis les années 1970 le recours à la contraception n'a cessé de progresser, tandis que l'âge au premier rapport sexuel est resté stable autour de 17-18 ans.

Puisque le nombre de grossesses adolescentes a fortement diminué depuis les années 1980 tandis que le nombre d'IVG stagnait, il y a eu un recours plus fréquent à l'avortement en cas de grossesse (passant de 1/3 des conceptions à 2/3 en 20 ans).

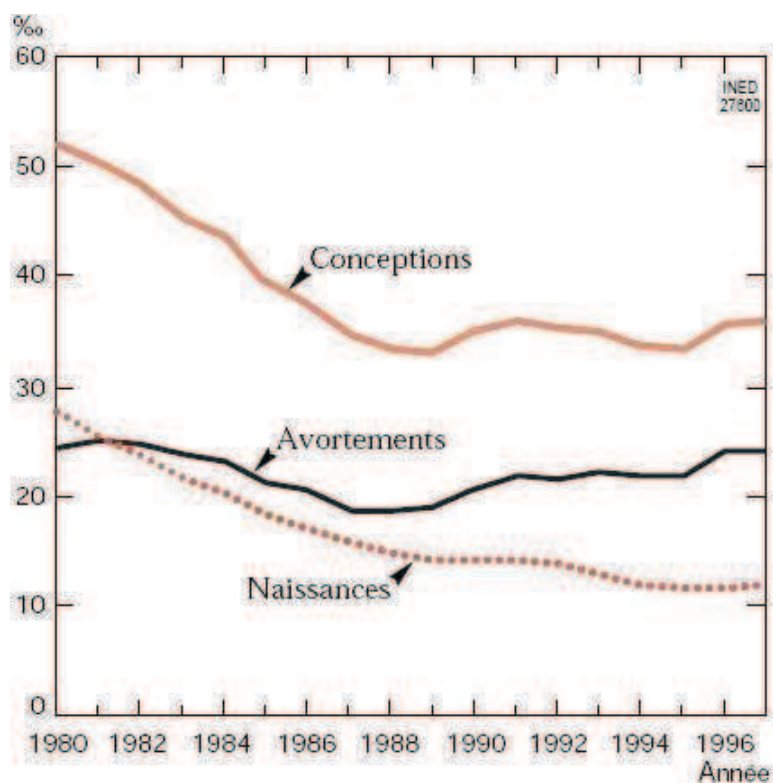


Tableau 6: Nombre de grossesses ayant abouti soit à un avortement soit à une naissance vivante pour 1000 adolescentes atteignant l'âge de 18 ans. (source INED)

« Considérant l'interruption volontaire de grossesse comme un ultime recours, les législateurs espéraient que le développement de la pratique contraceptive conduirait à une diminution du recours à l'IVG pourtant 35 ans après le vote de la loi Veil l'IVG reste aussi fréquente qu'à la fin des années 1970 »⁴.

⁴ Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? INED, Population et Sociétés, Décembre 2004

1.4. Le paradoxe français : les méthodes contraceptives progressent mais le nombre d'IVG stagne

Selon les premières données du baromètre santé 2010, plus de 90% des Françaises sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans déclarent employer une méthode contraceptive, cependant deux tiers des grossesses non prévues ont lieu sous contraception.

Les Françaises occupent d'ailleurs une des premières places mondiales en ce qui concerne l'utilisation de méthodes médicales de contraception.

De plus, en 30 ans, la contraception médicale s'est fortement diversifiée, avec l'apparition de nouveaux moyens de contraception comme le patch, l'implant et l'anneau contraceptif.

Pourtant le nombre d'interruption volontaire de grossesse reste élevé. Malgré une efficacité théorique des méthodes contraceptives médicales, la maîtrise de la fécondité et la « pratique » réelle de ces méthodes restent problématiques.

Avec la modernisation de la contraception, les choix des adolescentes face à une grossesse se sont modifiés.

L'âge moyen de la première maternité recule, les jeunes femmes font aujourd'hui le choix de plus longues études.

Le recours plus fréquent à l'IVG chez les adolescentes ne remet pas uniquement en cause l'efficacité de la contraception. Il traduit aussi les changements de la société accordant plus d'importance à la qualification professionnelle des femmes.

La survenue d'une grossesse à l'adolescence est devenue un événement socialement déviant⁵.

⁵ Les grossesses à l'adolescence, C. Le Van, 1998

2. Rappel historique, législation de la contraception et de l'IVG en France

2.1. Loi Neuwirth : légalisation de la contraception

La loi du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances, dite loi Neuwirth légalise la contraception en France (prescription et vente).

La vente ou la fourniture de contraceptifs aux mineurs non émancipés ne peut être effectuée que sur ordonnance médicale constatant le consentement écrit de l'un des parents ou du représentant légal.

Toute propagande antinataliste ou toute publicité commerciale concernant les médicaments ou objets de nature à prévenir la grossesse ou les méthodes contraceptives sont interdites, sauf dans le cadre de publications médicales.

Le vote de cette loi est le signe de l'émergence de la sexualité dans le débat public et le début de l'implication des pouvoirs publics.

Il est peu question de sexualité des jeunes avant la loi de juillet 1973 fixant la création d'un conseil supérieur de l'information sexuelle de la régulation des naissances et de l'éducation familiale.

Les pouvoirs publics ont alors pour rôle de favoriser l'information des jeunes sur les problèmes de l'éducation familiale et sexuelle.

2.2. Loi Veil : légalisation de l'interruption volontaire de grossesse

La loi du 4 décembre 1974 portant sur diverses dispositions relatives à la régulation des naissances, autorise les centres de planification familiale à délivrer à titre gratuit des contraceptifs, sur prescription médicale aux mineurs désirant garder le secret.

Elle permet également le remboursement de la contraception par la sécurité sociale.

Parallèlement à la légalisation de la contraception, un mouvement vers la légalisation de l'avortement se dessine.

Après de vifs débats, le projet de loi sur l'interruption volontaire de grossesse dite « loi Veil » est adoptée puis le texte est promulgué en janvier 1975, pour 5 ans.

Il est reconduit et la loi est votée définitivement en 1979.

L'IVG est décidée par la femme enceinte concernée lorsqu'elle estime que sa grossesse la place dans une situation de détresse.

Elle doit être réalisée avant la fin de la dixième semaine de grossesse.

Cet acte ne peut être pratiqué que par un médecin dans un établissement hospitalier public ou privé. Il existe une clause de conscience, le médecin ou le personnel soignant n'est pas obligé de pratiquer l'intervention.

Si la femme est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou du représentant légal est requis.

La femme doit réaliser des démarches obligatoires destinées à son information et à sa réflexion, préalablement à l'intervention : deux consultations médicales (avec un délai de réflexion d'une semaine entre les deux consultations) et une consultation psycho-sociale.

Le remboursement de l'IVG par la sécurité sociale est voté en décembre 1982.

En 1991, la publicité pour les préservatifs et la contraception est autorisée.

2.3. Loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence

La multiplication des rapports de professionnels de santé alertant les pouvoirs publics sur les difficultés d'accès à l'IVG, notamment pour les plus démunies, et le nombre toujours élevé de grossesses non désirées chez les mineures, incitent les pouvoirs publics à légiférer de nouveau.

La loi du 13 décembre 2000 ne soumet plus la contraception d'urgence à prescription obligatoire. Elle autorise la délivrance de la contraception d'urgence aux mineures désirant garder le secret, dans les pharmacies, ainsi que par les infirmières dans les collèges et lycées, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée.

Dans ce cas, les infirmières doivent assurer l'accompagnement psychologique et veiller à la mise en œuvre d'un suivi médical pour l'élève.

2.4. Loi du 4 juillet 2001 : la loi Veil modernisée

La loi du 4 juillet 2001, modernise la loi Veil de 1975, en tenant compte des évolutions médicales et sociales.

Le délai de recours à l'IVG est allongé et porté à 12 semaines de grossesse (14 SA) pour faciliter l'accès des femmes à l'IVG.

Les mineures peuvent avoir accès à l'IVG sans autorisation parentale. Même si l'autorisation parentale ou du celle du représentant légal demeure la règle (article L2212-7 du code de santé publique), le médecin doit alors s'efforcer d'obtenir le consentement de la mineure pour que le titulaire de l'autorité parentale soit consulté. Lorsque celui-ci ne peut être recueilli, l'IVG peut être réalisée.

La jeune femme mineure « en état de détresse par sa grossesse » peut demander l'IVG, nul ne peut la forcer à y recourir, elle seule juge de poursuivre ou non sa grossesse.

La mineure doit, dans ce cas, choisir un adulte majeur pour l'accompagner dans ses démarches (article L 2212-7 du code de santé publique).

Cette personne majeure n'a pas de véritables responsabilités, elle assure un accompagnement moral mais elle est tenue au secret absolu et pourrait être poursuivie en cas de non-respect de celui-ci.

L'article L132-1 du code de la sécurité sociale prévoit la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse des mineures non émancipées sans consentement parental.

Les conditions de recours aux consultations psychosociales sont modifiées : une telle consultation est proposée à toutes les femmes en demande d'IVG, mais son caractère obligatoire est supprimé pour les femmes majeures. Elle reste obligatoire pour les mineures.

Une deuxième consultation sociale est proposée à toutes les femmes après l'intervention.

La loi prévoit aussi la possibilité de pratiquer des IVG en médecine de ville.

Par ailleurs, la loi du 4 juillet 2001 reprend les dispositions contenues dans la loi du 13 décembre 2000, et ne soumet plus la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux mineurs au consentement des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal.

2.5. Loi du 9 août 2004 : les objectifs à atteindre concernant la contraception et l'IVG

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique fixe des objectifs à atteindre dans les cinq ans dans le domaine de la contraception et de l'IVG : l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.

3. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse⁶

L'interruption volontaire de grossesse n'est pas un acte anodin pour la femme, tant sur le plan médico-chirurgical que psychologique.

Cet acte est pratiqué dans un cadre légal strict.

La procédure vise à choisir la méthode la plus adaptée et à s'assurer que la femme souhaite effectivement cette intervention.

3.1. L'IVG : structures de prises en charge, déclaration, couverture des frais

Les établissements hospitaliers publics ou privés réalisant des IVG sont désignés par arrêté préfectoral.

⁶ Prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines, Recommandations et références professionnelles, ANAES, mars 2001, mise à jour selon les recommandations de l'HAS en décembre 2010.

Jusqu'à douze semaines d'aménorrhée les structures pratiquant les IVG sont intégrées ou en convention avec un établissement disposant d'un plateau technique permettant la gestion des complications de cette intervention.

Au-delà de douze semaines d'aménorrhée, les structures pratiquant l'IVG doivent être équipées d'un plateau technique chirurgical.

Le personnel soignant participant à cette activité doit avoir bénéficié d'une formation spécifique.

L'accueil des patientes et la gestion des rendez-vous doivent permettre un accès simple et rapide à l'IVG.

Les IVG sont réalisées en ambulatoire ou en hôpital de jour.

Un médecin libéral peut prendre en charge une IVG médicamenteuse à son cabinet, s'il a établi une convention avec un établissement hospitalier pratiquant les IVG.

Selon le recueil national pour la surveillance épidémiologique et l'évaluation des pratiques, la déclaration de l'IVG à la DRASS est obligatoire et s'effectue à l'aide d'un bulletin statistique anonyme signé par le médecin qui a pratiqué l'IVG⁷.

La loi du 8 décembre 1982 régit la prise en charge de cet acte par la sécurité sociale.

Si la mineure a informé un de ses parents, la sécurité sociale des parents prend en charge l'IVG à 80%.

Si la mineure demande une IVG sous le secret, aucune demande de paiement ne sera faite quelque soit le lieu où l'IVG est réalisée. C'est au médecin ou à l'établissement de santé de se procurer un dossier de remboursement de tous les actes effectués auprès de la sécurité sociale (décret n° 2002-799 du 3 mai 2002 relatif à prise en charge anonyme et gratuite des IVG pratiquées sur des mineures sans consentement parental).

⁷ Cf Annexe 2

3.2. La consultation initiale

Tout médecin peut être sollicité pour une demande d'IVG. Celui-ci est en droit de refuser la demande (clause de conscience) mais doit en informer la patiente et l'orienter sans délai vers des praticiens susceptibles de réaliser l'intervention ou vers un établissement pratiquant les IVG.

Lors de la première consultation, le médecin réalise un examen clinique complet, fait le diagnostic de grossesse et précise l'âge gestationnel.

La patiente est informée sur la procédure, les méthodes d'IVG et d'anesthésie et leurs risques potentiels.

Le médecin remet à la patiente un dossier guide.

La loi n'impose aucun examen complémentaire particulier. Cependant cette consultation initiale est l'occasion de proposer un dépistage des infections sexuellement transmissibles, dont l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et des frottis cervicaux vaginaux de dépistage.

Toutes les patientes doivent disposer d'un groupe sanguin rhésus et d'une recherche d'agglutinines irrégulières.

Le choix de la contraception ultérieure doit être abordé et la prescription éventuellement réalisée.

Les spécificités de prise en charge pour les mineures :

La mineure non émancipée présente au médecin la confirmation écrite de la demande d'IVG en dehors de la présence de toute personne. Elle y joint l'autorisation du titulaire de l'autorité parentale ou de son représentant légal.

Si elle désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement pour que son représentant légal soit consulté.

Si le consentement ne peut être obtenu, l'IVG est pratiquée à sa seule demande. Elle doit alors se faire accompagner par une personne majeure de son choix. L'adulte choisi n'engage pas sa responsabilité civile ou pénale ; il a une mission de soutien psychologique.

3.3. L'entretien psycho-social

Un entretien d'information, de soutien et d'écoute est systématiquement proposé.

Il est confié à un personnel qualifié pour identifier d'éventuelles difficultés psychosociales et accompagner la femme dans sa démarche.

Depuis la loi du 4 juillet 2001, il est systématiquement proposé à la femme majeure avant et après l'IVG.

Pour la mineure l'entretien social reste obligatoire pendant le délai de réflexion (article 2212-4 du code de santé publique).

Il s'agit d'un entretien individuel réalisé par une conseillère conjugale.

Il permet d'apporter des informations, des conseils et un moment d'écoute, mais la conseillère n'a aucun pouvoir de décision.

Elle apporte une aide, lorsque la mineure désire garder le secret, ou vérifie que le choix de la personne majeure accompagnante est fait.

A l'issue de l'entretien psychosocial, on remet à la mineure une attestation, où figure la date de cette consultation et on y indique, le cas échéant, que le choix de la personne accompagnante a été fait, sans que son nom y soit porté.

Ce certificat est ensuite joint au dossier d'IVG.

3.4. Le délai de réflexion

L'IVG est pratiquée une fois que la patiente réitère par écrit sa demande.

L'acte ne peut être réalisé qu'après expiration d'un délai de réflexion d'une semaine entre deux consultations médicales.

Ce délai peut être raccourci à deux jours si l'âge gestationnel est situé entre douze et quatorze semaines d'aménorrhées.

3.5. Les techniques d'interruption volontaire de grossesse selon l'âge gestationnel

Les femmes doivent pouvoir choisir, quand cela est possible la technique d'IVG et le type d'anesthésie.

La technique chirurgicale :

Elle est réalisée uniquement dans des centres agréés.

Elle repose sur la dilatation du col et l'évacuation du contenu utérin par aspiration dans des conditions strictes d'asepsie.

La dilatation du col est souvent précédée d'une préparation médicamenteuse (MIFEPRISTONE 200 mg per os 36 à 48h avant aspiration ou MISOPROSTOL 400 microgrammes par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant l'aspiration).

Quelque soit le produit utilisé, la préparation cervicale ne nécessite pas d'hospitalisation.

La technique médicamenteuse :

Elle repose sur l'association de l'anti progestérone MIFEPRISTONE et de prostaglandines pour obtenir une hémorragie avec expulsion complète, sans révision utérine.

Déroulement de la méthode médicamenteuse :

- J1 = première visite pour la prise de mifépristone, administrée par le médecin ou le personnel infirmier sous délégation médicale.

- J3 = 36 à 48h après la prise de mifépristone, a lieu la prise de misoprostol en prise unique par voie orale ou endovaginale.

L'hémorragie, témoin de l'effet du traitement médical, survient dans les 3 à 4 heures suivant la prise du MISOPROSTOL, mais elle n'est nullement une preuve d'expulsion complète.

Si l'administration du misoprostol se fait dans le centre prescripteur, la patiente peut rester sous surveillance médicale sans qu'elle soit forcément alitée ni perfusée.

On surveille les saignements et on constate éventuellement l'expulsion.

Après quelques heures de surveillance elle peut partir avec une ordonnance de contraceptif et un rendez-vous pour la consultation de contrôle.

La prise de misoprostol peut se faire à domicile si la patiente le désire (sous réserve de précautions particulières précisées par l'ANAES). Dans ce cas, le jour de l'administration de MIFEPRISTONE, les comprimés de MISOPROSTOL sont confiés à la patiente pour qu'elle les prenne à domicile 36 à 48 heures plus tard, par voie orale.

- J10-14 : consultation de contrôle avec examen clinique et éventuellement échographie pour vérifier que l'expulsion est complète.

3.6. Prise en charge de la douleur, analgésie, anesthésie

L'IVG médicamenteuse peut être responsable de douleurs modérées à sévères pour plus de 50% des femmes, liées à l'utilisation de prostaglandines⁸.

Lors des IVG chirurgicales par aspiration, pour environ 1/3 des patientes, la technique d'anesthésie locale par bloc paracervical ne prévient pas la survenue de douleurs.

Les facteurs de risque de survenue d'une douleur intense sont le jeune âge, la peur de l'acte, l'existence d'un utérus rétroversé, les antécédents de dysménorrhée, les grossesses les plus précoces et les plus avancées.

De telles situations justifient l'utilisation d'antalgiques en peropératoire en cas d'anesthésie locale ou la proposition d'une anesthésie générale.

Le recours à l'anesthésie générale doit être possible.

3.7. Prévention des complications infectieuses

En cas d'IVG chirurgicale, une antibiothérapie est conseillée en cas d'antécédent connu d'infection génitale haute.

⁸ Interruption volontaire de grossesse, CNGOF, Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011

3.8. Prévention de l'incompatibilité Rhésus

En cas de rhésus négatif, une injection intraveineuse d'une dose de gammaglobulines anti-D est réalisée.

Lorsqu'il s'agit d'une IVG médicamenteuse réalisée à domicile, la même prévention doit être faite lors de la prise de mifépristone.

3.9. Suites immédiates de l'IVG

La contraception oestro-progestative peut être commencée dès le lendemain de l'IVG.

La pose d'un dispositif intra-utérin est possible en fin d'aspiration lors d'une IVG chirurgicale, ou lors de l'examen de surveillance réalisé à distance de l'acte.

Une fiche de conseils est remise à la patiente ainsi que le numéro de téléphone du service à appeler en cas d'urgence.

3.10. Visite de contrôle

Elle est prévue quatorze à vingt-et-un jours après l'IVG.

Elle sert à contrôler la vacuité utérine mais aussi à s'assurer de la compréhension de la contraception et sa bonne utilisation.

Elle recherche également un retentissement psychologique de l'IVG pour éventuellement proposer un accompagnement spécifique.

3.11. Complications

- La mortalité : le risque léthal est principalement en rapport avec le terme de la grossesse et avec l'expérience de l'opérateur.

L'Organisation Mondiale de la Santé⁹ estime de 0,6 à 1,2 décès pour 100 000 IVG légaux avant 13 semaines.

- Les complications immédiates :

Elles sont liées à l'anesthésie générale, au risque hémorragique (les hémorragies survenant pendant et dans l'heure suivant l'intervention), au geste local (perforation utérine, lésions cervicales, malaise vagal lors de la dilatation du col).

L'embolie gazeuse reste extrêmement rare (liée à une erreur dans l'utilisation de la source du vide).

- Les complications tardives :

Elles regroupent principalement les infections post-IVG, la rétention placentaire (se manifestant par des métrorragies, pelvi-algies et absence d'involution utérine), l'iso-immunisation Rhésus (en l'absence de séroprévention).

Le retentissement sur la fertilité est difficile à apprécier.

Les séquelles psycho-affectives ne doivent pas être minimisées. Elles sont très variables selon la personnalité et l'histoire individuelle de la patiente, et selon le déroulement et la prise en charge de l'IVG.

4. L'adolescence

4.1. Définitions

L'adolescence vient du latin *adolescere* signifiant grandir.

L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte.

Selon l'OMS est adolescent tout individu âgé de 10 à 19 ans.

⁹ Interruption volontaire de grossesse, CNGOF, Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011

La puberté, initiant cette période, se caractérise par des modifications endocriniennes, morphologiques, physiologiques et psychologiques.

Sur le plan morphologique, elle aboutit à l'acquisition de la taille définitive et l'apparition des caractères sexuels secondaires.

Les changements du corps liés à la puberté contribuent à la constitution et à l'affirmation de l'identité sexuelle.

Sur le plan social, c'est aussi une période charnière entre une situation de dépendance et la conquête de l'autonomie, se caractérisant par un éloignement progressif de la cellule familiale et une redéfinition des relations avec l'entourage (parents, autres adultes et pairs de même sexe et de sexe opposé).

Cette situation psychologiquement inconfortable est propice aux conduites d'opposition voire aux comportements extrêmes.

4.2. Les étapes du développement à l'adolescence

On décrit trois phases dans le développement morphologique et psychologique de l'adolescence :

- le début de l'adolescence (10-12 ans pour les filles et 11-13 ans chez les garçons) :

Il correspond à l'apparition des premiers signes de développement pubertaire, donc au début de la métamorphose physique et sexuelle. Face à ce corps en mutation, le jeune adolescent perd ses repères. Aux transformations physiologiques s'ajoutent des modifications pulsionnelles le faisant douter du bon fonctionnement et de la normalité de son corps. Le regard des autres, la comparaison à l'autre sont au premier plan. Il s'entoure de pairs de même sexe.

Parallèlement l'adolescent revendique un espace d'intimité, amorçant une redéfinition de ses modes de relations à l'autre (pudeur, début d'autonomisation vis-à-vis des parents).

- la mi-adolescence (13-16 ans filles, 14-17 ans garçons) :

C'est une période critique, troublée, souvent nommée « crise d'ado ».

L'adolescent est très préoccupé par son apparence physique.

En effet les dernières étapes de transformations physiques et psychiques de la puberté s'intègrent de façon plus ou moins harmonieuse chez l'adolescent et son environnement.

Il s'entoure de groupe de pairs des deux sexes.

L'apparente maturité physique contraste avec la réalité psychoaffective. L'adolescent est à la recherche de lui-même, teste ses limites. Il veut s'affirmer en tant qu'individu, mais la relation avec ses parents est encore ambivalente, entre indépendance et dépendance.

- La fin de l'adolescence :

Elle survient en moyenne entre 17 et 21 ans pour les deux sexes, après la fin du développement pubertaire.

L'identité sexuelle est acquise de même que les capacités de relations affectives et intimes.

Elle correspond à l'achèvement de l'identité d'adulte et l'acquisition d'une relative indépendance matérielle.

	Début de l'adolescence 10-13 ans	Mi-adolescence 14-17 ans	Fin de l'adolescence > 17 ans
Changements physiques et modifications de l'image corporelle	Début de la puberté Préoccupation de l'image corporelle Questions sur la normalité	Fin de la puberté Intégration des modifications corporelles Préoccupation de l'apparence physique	Atteinte d'une maturité physique et sexuelle Intégration d'une image corporelle stable
Evolution de la sexualité	Curiosité sexuelle	Expérimentation, Phase romantique	Relations intimes
Intégration sociale	Importance du groupe des pairs du même sexe Amitiés intenses	Groupes des pairs plus hétérosexuels Début de liens plus individuels	Relations de confiance avec un partenaire
Relations avec les parents	Revendication d'un espace d'intimité Pudeur	Ambivalence entre dépendance et indépendance	Acquisition d'une identité d'adulte Indépendance
Construction identitaire	Recherche de soi	Renforcement de l'identité Prises de risques Sentiment d'invulnérabilité et de toute-puissance	Meilleur rapport à la réalité Conscience de ses propres possibilités Emancipation
Changements cognitifs	Pensée concrète	Comportements égocentriques. Début d'une pensée abstraite	Pensée abstraite Projection dans le futur

Tableau 7 : Etapes du développement à l'adolescence (Marianne Cafilisch, Genève)

4.3. La Puberté

La puberté regroupe l'ensemble des phénomènes physiques et psychiques qui définissent le passage de l'état d'enfant à l'état d'adulte, aboutissant à l'acquisition de la taille définitive et de la fonction de reproduction.

L'âge moyen de la puberté a fortement évolué depuis deux siècles.

En 1850, il était voisin de 15 ans. Puis il a diminué progressivement pour être, au début des années 1990, proche de 13 ans. Cette baisse importante, constatée dans l'ensemble des pays développés, est surtout attribuée à l'amélioration de la nutrition.

Pour les filles, on mesure généralement l'âge de la puberté à l'apparition des premières règles. Pour les garçons l'âge de la puberté est plus difficile à caractériser.

En France aujourd'hui, les premières règles interviennent entre 11 et 14 ans pour 9 filles sur 10, et pour 6 filles sur 10 entre 12 et 13 ans¹⁰.

4.4. Sexualité des adolescents

Les premiers rapports sexuels :

L'âge au premier rapport sexuel¹¹ est le même depuis 30 ans, aux alentours de 17 ans pour les 2 sexes.

Au cours de ces dernières décennies, c'est l'expérience sexuelle des femmes qui a changé. A partir des années 1960, on constate une baisse progressive de l'âge des femmes au premier rapport sexuel, passant alors de 21,3 ans à 18 ans dans les années 1970¹².

Puis cet âge s'est stabilisé avec l'arrivée de la contraception moderne. L'arrivée du SIDA n'a pas engendré de recul de l'âge au premier rapport sexuel.

Aujourd'hui les jeunes ont leur premier rapport sexuel quasiment au même âge (17 ans et 3 mois pour les garçons et 17 ans et 6 mois pour les filles).

¹⁰ « Les filles sont pubères de plus en plus tôt » INED, novembre 2000

¹¹ « A quel âge a-t-on ses premiers rapports sexuels en France ? » Ined, Fiche d'actualité scientifique, novembre 2000.

¹² Comportements sexuels et reproductifs des Adolescents,, N.Bajos et S Durand, novembre 2001

Caractéristiques des rapports sexuels :

A l'adolescence les rapports sexuels sont le plus souvent non planifiés et sporadiques.

Les jeunes ont souvent des relations brèves, le temps séparant deux relations est assez long.

La vie sexuelle des adolescents est discontinue, avec un profil de « monogamie en série ».¹³

4.5. Législation et sexualité : les droits des mineurs en matière de sexualité, contraception et IVG

Droit aux relations sexuelles :

La majorité sexuelle est fixée à 15 ans en France, depuis 1945.

Le code pénal reconnaît aux mineurs de 15 ans révolus le droit de consentir librement à des relations sexuelles mais punit le partenaire s'il est ascendant légitime naturel ou adoptif, s'il a autorité sur lui ou s'il abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions. (Article 227-27 du code pénal).

L'activité sexuelle des jeunes âgés de moins de 15 ans est réprimée par le code pénal, en fonction de l'âge du partenaire : tout partenaire sexuel majeur peut encourir une peine d'emprisonnement (article 227-25 code pénal : Le fait, par un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de quinze ans est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende).

Les relations sexuelles consenties entre deux mineurs de moins de 15 ans ne sont pas punissables pénalement.

¹³ « Sexualité et grossesse à l'adolescence : entre nature et culture. » P.Alvin, La revue du Praticien, 2002

Droit à la contraception :

Une mineure peut avoir recours à des méthodes contraceptives sans le consentement de ses parents et de façon anonyme.

Depuis la loi du 13 décembre 2000, les mineurs ont accès à la contraception d'urgence de façon anonyme et gratuite.

Droit à l'IVG, accouchement « sous X » :

Depuis la loi du 4 juillet 2001, les mineures non émancipées peuvent avoir recours à l'IVG sans l'obligation d'une autorisation parentale.

Toute femme, même si elle est mineure, peut demander à bénéficier de l'anonymat de l'admission pour sauvegarder le secret de sa grossesse ou de la naissance, notamment dans la perspective d'un abandon de l'enfant pour adoption ; cet acte constitue un accouchement « sous X » (décret 74.27 du 14.01.1974, art 209).

5. L'adolescent et le recours aux soins primaires

5.1. Fréquence et caractéristiques du recours aux soins

Les adolescents de 11 à 20 ans représentent plus de 13% de la population française.

D'après le baromètre santé jeunes 1997-98, 95% des 12-17 ans se déclarent être en bonne santé.

C'est à l'adolescence que le recours au médecin libéral est le moins fréquent : seules 8% des consultations de médecins sont réalisées pour des adolescents¹⁴.

¹⁴ Baromètre santé jeunes 1997-1998

Lorsque les jeunes consultent un médecin libéral, il s'agit 7 fois sur 10 d'un médecin généraliste¹⁵.

Le médecin généraliste est donc le principal professionnel de santé impliqué dans le suivi de l'enfant et de l'adolescent. Le suivi est d'ailleurs bien codifié de la naissance à 6 ans avec les consultations obligatoires (... et la rédaction de certificats de consultations).

Ensuite les 6-18 ans consultent peu, principalement pour le suivi vaccinal ou les certificats pour la pratique d'activités sportives.

5.2. Spécificités de la consultation de l'adolescent en médecine générale

La place du médecin généraliste :

Elle est essentielle dans le suivi des mineurs et permet une offre de proximité et de continuité des soins.

La prépondérance de la médecine générale chez les adolescents semble être la continuité du dispositif de suivi bien codifié pour les tranches d'âge de la petite enfance et l'enfance.

D'après une analyse d'un échantillon d'assurés sociaux de la CNAMTS¹⁶, on notait entre 2000 et 2002 que le médecin généraliste est le soignant de 92% des enfants de moins de 15 ans.

Cette place de la médecine générale dans les soins primaires a été renforcée par la loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004 avec le dispositif du médecin traitant pour les plus de 16 ans.

Les motifs de recours aux soins :

En médecine de ville, les adolescents consultent surtout pour des affections respiratoires et des actes administratifs ou de prévention.

¹⁵ Source CREDES

¹⁶ Données Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

Dans le top 50 en 2007 de l'ensemble des problèmes de santé pris en charge chez des femmes de 10 à 19 ans, la contraception est au 5e rang¹⁷.

La confidentialité :

Une autre question se pose dans le suivi médical d'un adolescent : quelle est la place des parents ?

Les consultations pour les adolescents sont très souvent sollicitées par les parents, et le plus souvent, l'adolescent vient accompagné (51% filles, 61% garçons)¹⁸.

Depuis la loi du 04 mars 2000 le patient mineur a droit au secret médical. Toute transmission d'information ne peut se faire qu'avec l'accord de l'adolescent.

Le médecin généraliste doit informer l'adolescent sur son droit à la confidentialité.

L'adolescent doit pouvoir s'exprimer en dehors de la présence du parent, au moins durant une partie de la consultation.

Le médecin généraliste se place alors en médiateur : il favorise l'autonomie de l'adolescent tout en respectant le rôle des parents.

Le généraliste profite de ces rares occasions pour remplir ses missions de prévention, établir une relation de confiance avec l'adolescent. Le temps de la consultation permet de dialoguer avec le jeune, en partant par exemple du contexte de vie de l'adolescent afin d'identifier la « vraie » question.

En effet, toute consultation doit être l'occasion d'identifier des situations à risque.

La consultation de médecine générale avec un adolescent doit aller au-delà de la demande immédiate.

¹⁷ Gallais JL, Malouli A, Société Française de Médecine Générale « Contraception des adolescents : places et leviers spécifiques de la médecine générale », décembre 2010

¹⁸ SFDRMG, « L'adolescent et son médecin : avec ou sans les parents », UNAFORMEC, octobre 2009

6. Problématique

Les adolescents représentent une population particulière dans le recours aux soins.

Ils se retrouvent à une période charnière de leur vie, confrontés à des modifications physiques, psychiques et sociales.

A l'âge de l'expérimentation, de la prise de risques, du début de la vie sexuelle, ils n'ont que ponctuellement recours au système de santé, pour des motifs somatiques ou administratifs.

La loi du 4 juillet 2001 prévoit une information et une éducation à la sexualité dispensées dans les écoles, collèges et lycées à raison d'au moins trois séances annuelles. Les pouvoirs publics espèrent ainsi observer une diminution du nombre d'IVG chez les mineures.

Cependant comme le souligne le Professeur Nisand¹⁹ : « pour des raisons psychologiques évidentes, ni les parents, ni les enseignants (qui sont des « pro-parents ») ne sont bien placés pour aborder aisément et au bon moment (c'est à dire avant les premières expériences sexuelles) les conseils élémentaires et les précautions qui permettent d'éviter les grossesses non désirées. C'est donc le corps médical au sens large qui doit remplir ce rôle ».

Le médecin généraliste semble être le professionnel de santé incontournable de la prévention primaire à l'adolescence, pouvant à la fois informer, éduquer les jeunes au sujet de la sexualité et de la contraception, mais aussi repérer des situations à risque nécessitant une vigilance accrue.

Pour évaluer dans quelles mesures le médecin généraliste a sa place dans la prévention primaire des grossesses non prévues, nous avons réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés, à l'occasion de la consultation psycho-sociale de jeunes femmes mineures en pré-IVG, à la planification familiale de l'hôpital Jacques Monod du Havre.

Nous cherchons à savoir s'il existe des indicateurs repérables en amont lors des consultations, pouvant orienter le médecin généraliste quant à une situation à risque de grossesse précoce.

¹⁹ Nisand I, Toulemon L. « Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures » Rapport HCPF 2006

MATERIEL ET METHODE

1. Méthode qualitative

1.1. Définition

La recherche qualitative est une méthode adaptée à l'étude de phénomènes sociaux.

Elle étudie le sujet dans son environnement.

Elle consiste à recueillir des données verbales, permettant une démarche interprétative.

Elle cherche à décrire, comprendre des phénomènes particuliers, « à déterminer des règles de compréhension communes à un groupe »²⁰.

La recherche qualitative permet d'étudier les déterminants des comportements d'une population.

1.2. Pourquoi ce choix

Dans l'étude, nous cherchons à repérer des déterminants communs aux mineures demandant une interruption volontaire de grossesse.

Ces éléments pourraient être repérés en prévention primaire par le médecin généraliste.

2. Constitution de l'échantillon

2.1. Population à étudier

Nous avons choisi d'interroger des jeunes femmes mineures en situation de demande d'IVG, qui viennent consulter une conseillère conjugale dans le cadre de l'entretien psycho-social obligatoire.

²⁰ P. Hudelson, « La recherche qualitative en médecine de premier recours », La revue médicale suisse, n° 503, septembre 2004

2.2. Recrutement des participants

Les adolescentes ont été interrogées lors de la consultation sociale en pré-IVG, réalisée à la planification familiale du pôle femme-mère-enfant de l'hôpital Jacques Monod de Montivilliers, près du Havre.

Ces entretiens avaient lieu les mercredis après-midi.

Les jeunes femmes y consultaient spontanément ou y étaient orientées par leur médecin généraliste ou un médecin d'un centre médico-social local, auprès duquel elles avaient formulé leur demande d'IVG.

L'échantillonnage est donc aléatoire.

La participation à l'étude s'est faite sur la base du volontariat : la présentation du sujet de recherche et de la méthode était faite à chaque mineure avant l'EPS.

L'entretien avait lieu après l'EPS, de façon individuelle.

3. Méthodologie des entretiens

3.1. Choix de l'entretien semi-structuré

Le choix des entretiens individuels nous a semblé plus adapté pour aborder un sujet délicat, et faciliter le dialogue avec les adolescentes.

L'élaboration d'un guide d'entretien nous a permis de faire des entretiens semi-structurés : les jeunes femmes ont été interrogées à partir d'un guide servant de base à l'interview.

Ce guide est composé de questions appelant à des réponses fermées et des questions plus ouvertes permettant de favoriser le dialogue.

Le même canevas était utilisé à chaque entretien. Les questions ouvertes apportant de la souplesse au cours de l'entretien, permettaient de s'adapter à chaque adolescente.

3.2. Elaboration du guide d'entretien

Après une recherche bibliographique et avec l'aide du bulletin statistique de déclaration des interruptions volontaires de grossesse, nous avons élaboré un guide d'entretien comportant des questions appelant des réponses fermées, et d'autres servant à initier un dialogue avec les jeunes femmes interrogées.

3.3. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés les mercredis après-midi, lorsque des entretiens psychosociaux étaient prévus entre la conseillère conjugale et des mineures en situation de demande d'IVG.

Avant l'EPS, je présentais brièvement l'étude à chaque jeune femme.

J'assistais aux EPS avec l'accord des jeunes femmes, puis dans un deuxième temps, lorsqu'elles étaient volontaires pour participer à l'étude, l'interview était réalisée de façon individuelle et anonyme.

Afin de respecter l'anonymat des jeunes femmes et de faciliter la prise de parole, les entretiens n'ont pas été enregistrés (l'enregistrement audio d'interview de mineures nécessitant une autorisation parentale).

Les interviews ont été retranscrites, les réponses aux questions ouvertes étaient relevées mot pour mot au cours de l'entretien.

3.4. Fin du recueil de données

Dans une étude qualitative la taille de l'échantillon importe peu.

Le recueil de données s'arrête lorsque la saturation d'idées est atteinte, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a plus de nouvelles idées qui émergent lors des entretiens avec un échantillon donné.

Dans cette étude la saturation d'idées est survenue au vingtième entretien.

RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon interrogé

1.1. Aspects sociodémographiques

1.1.1. Age au moment de la demande d'interruption volontaire de grossesse

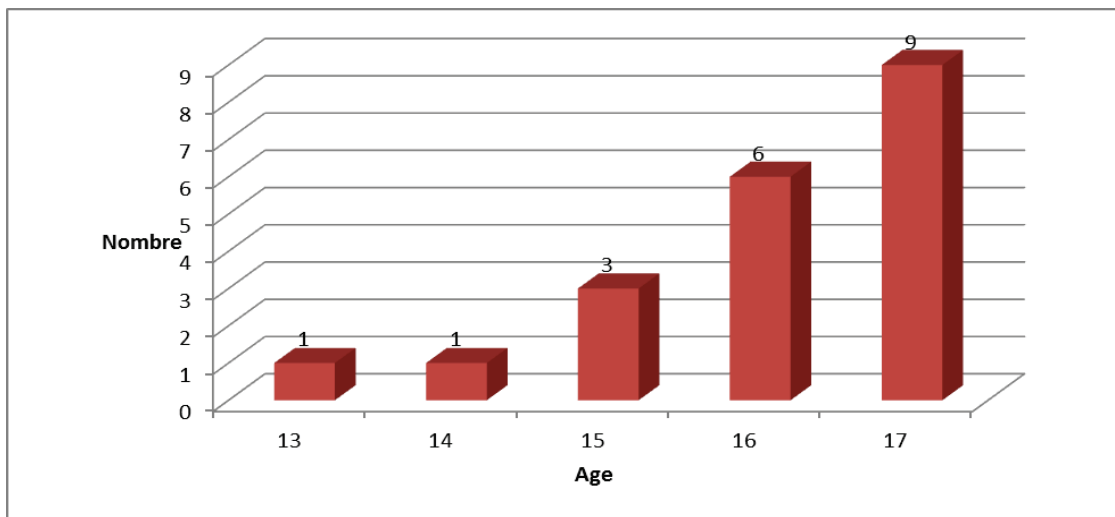


Figure 1 : Age des mineures lors de la demande d'IVG (n=20)

La classe d'âge s'étend de 13 à 17 ans.

L'âge médian est de 16 ans.

La mineure interrogée la plus jeune a 13 ans.

1.1.2. Lieu d'habitation

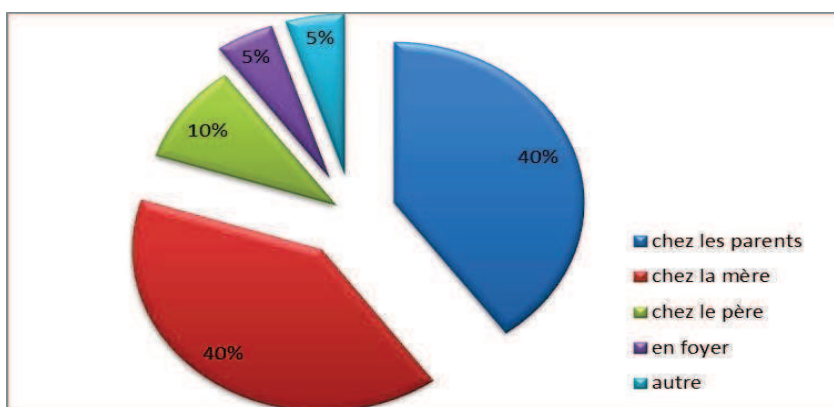


Figure 2 : Lieu d'habitation des mineures

Huit adolescentes, soit 40% de l'effectif, vivent chez leurs parents.

Huit autres vivent chez leur mère.

Deux (10%) mineures habitent chez leur père.

Une mineure vit en foyer pour adolescents depuis trois mois, une autre vit chez son frère depuis le décès de ses deux parents.

1.1.3. Filière scolaire suivie ou profession exercée

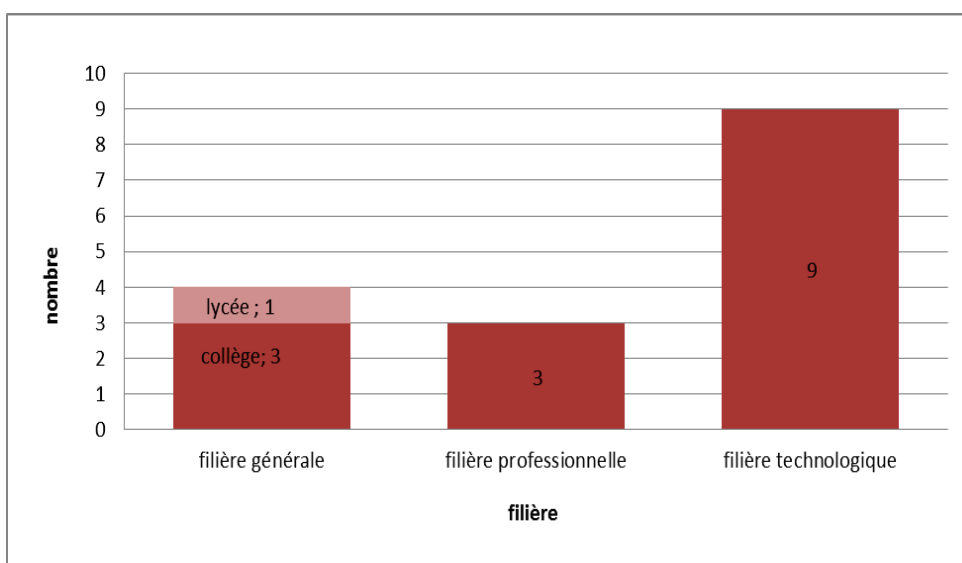


Figure 3 : Filière scolaire suivie par les mineures scolarisées

Seize adolescentes sur les vingt interrogées sont scolarisées (80% de l'effectif).

Quatre adolescentes (20% de l'effectif) suivent une filière générale (collège ou lycée).

Les quatre mineures non scolarisées ont quitté le circuit scolaire à l'âge de 16 ans :

- L'une allait débiter un apprentissage au moment où elle a découvert sa grossesse (délai dépassé pour IVG).
- Les trois autres jeunes femmes non scolarisées recherchent un emploi mais n'ont aucune qualification.

1.1.4. Situation familiale des parents

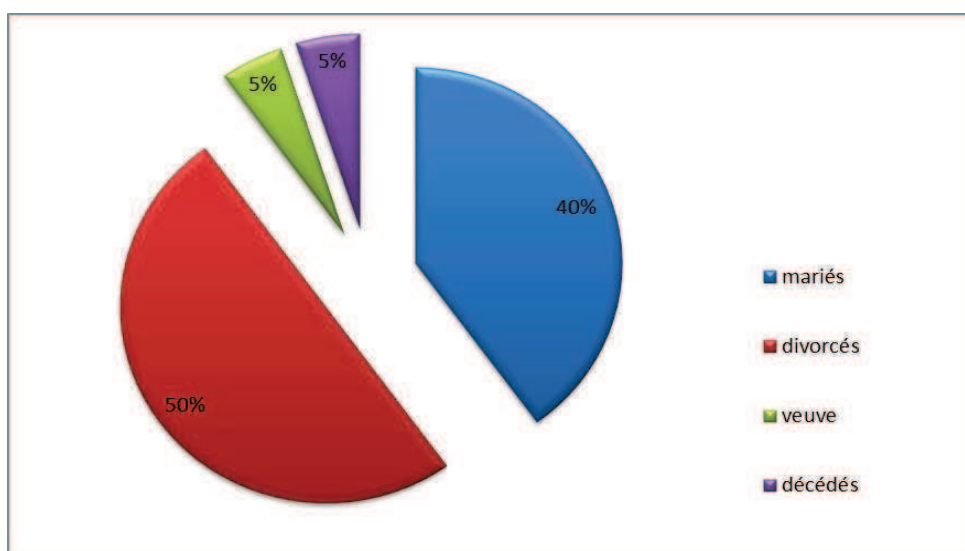


Figure 4 : Situation familiale des parents

La moitié des jeunes femmes interrogées a des parents divorcés.

1.1.5 Activité et catégorie socio-professionnelle des parents

Pour 40% des mineures interrogées, les deux parents exercent une profession.

Pour 5% de l'effectif les deux parents sont sans emploi.

Un des deux parents travaille pour la moitié des jeunes femmes.

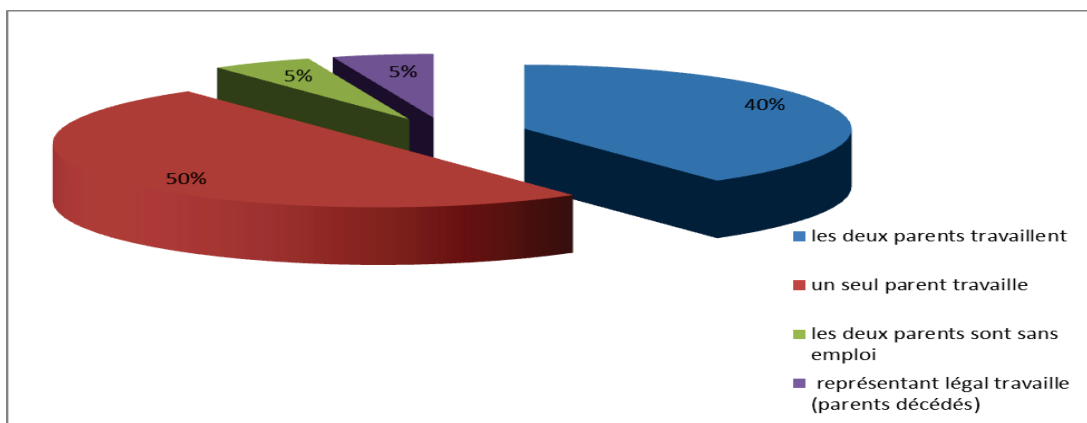


Figure 5 : Activité professionnelle des parents des mineures

Catégorie socio-professionnelle des parents (selon la nomenclature de l'INSEE)

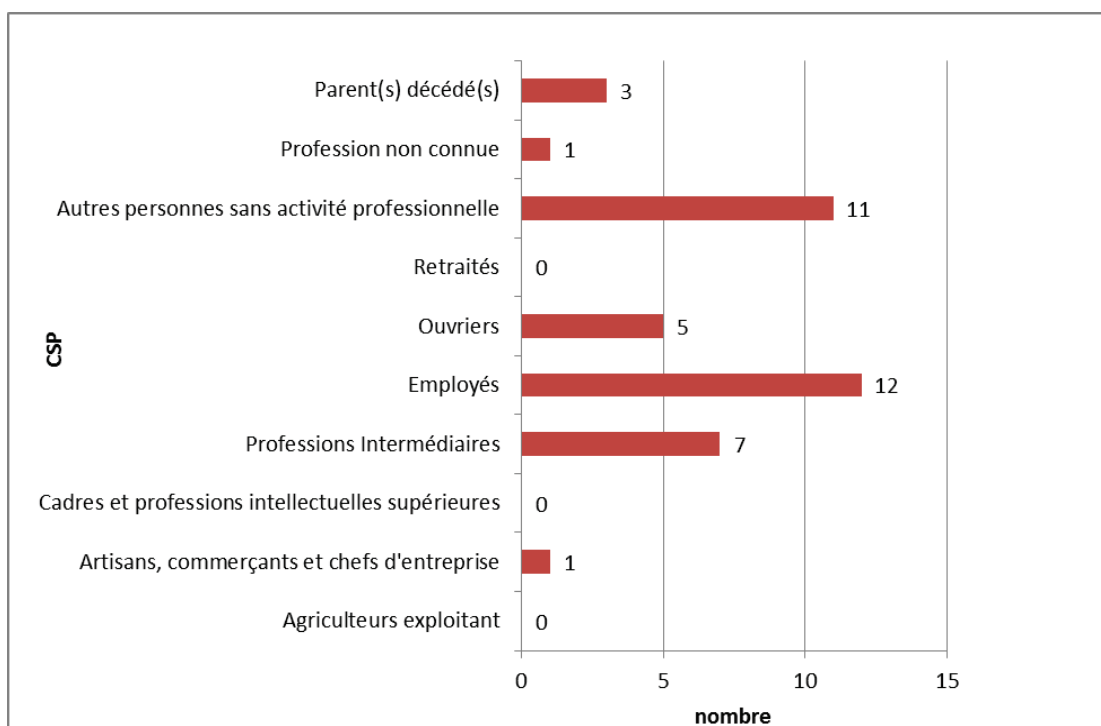


Figure 6 : Catégorie socio-professionnelle des parents

42% des parents exercent des emplois d'ouvriers ou d'employés.

27% n'exercent aucune activité professionnelle.

1.1.6. Origine culturelle familiale

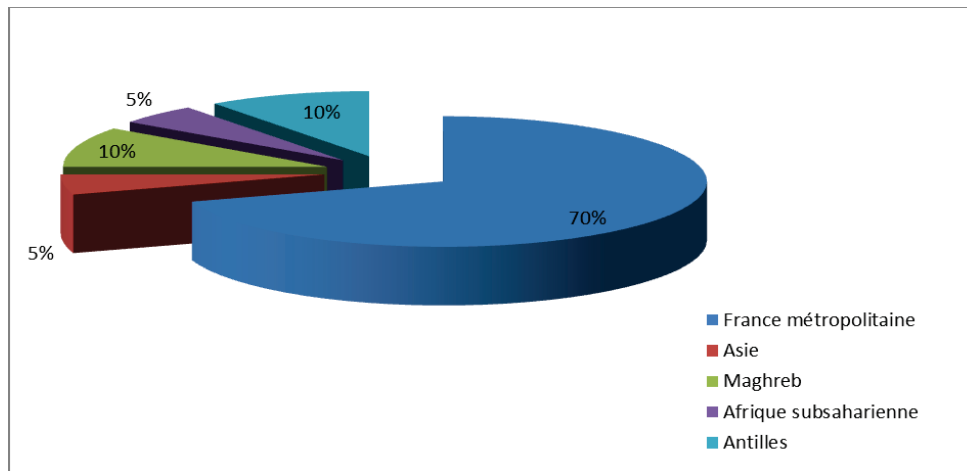


Figure 7 : Origine culturelle familiale des mineures

70% des jeunes femmes de l'étude sont originaires de France métropolitaine.

1.1.7. Rang dans la fratrie

Sept sont les aînées, une est fille unique, une autre a uniquement une sœur jumelle. Elles représentent 45% de l'effectif interrogé.

1.2. Antécédents médicaux

Antécédents gynécologiques :

Pour une jeune femme, on note la survenue d'une fausse couche spontanée précoce six mois auparavant.

Deux mineures ont des troubles du cycle (cycles longs, irréguliers).

Aucune des jeunes femmes n'a subi une IVG auparavant.

Antécédents psychiatriques :

On ne retrouve aucun antécédent de trouble du comportement alimentaire chez les mineures interrogées.

Une jeune femme rapporte plusieurs tentatives de suicide : « j'ai pété les plombs plusieurs fois, quand ça n'allait pas, j'ai essayé de m'ouvrir les veines et d'autres trucs ».

Antécédents familiaux d'interruption volontaire de grossesse :

Les mères de quatre adolescentes ont elle-même subi une interruption volontaire de grossesse quand elles étaient mineures.

La sœur majeure d'une adolescente a subi une IVG l'année précédente.

1.3. Consommation de substances psychoactives

Huit jeunes femmes (40%) consomment du tabac.

Parmi elles, deux consomment de l'alcool de façon récurrente lors de soirées, le weekend, souvent jusqu'à l'ivresse.

Une adolescente consomme régulièrement du cannabis et du tabac.

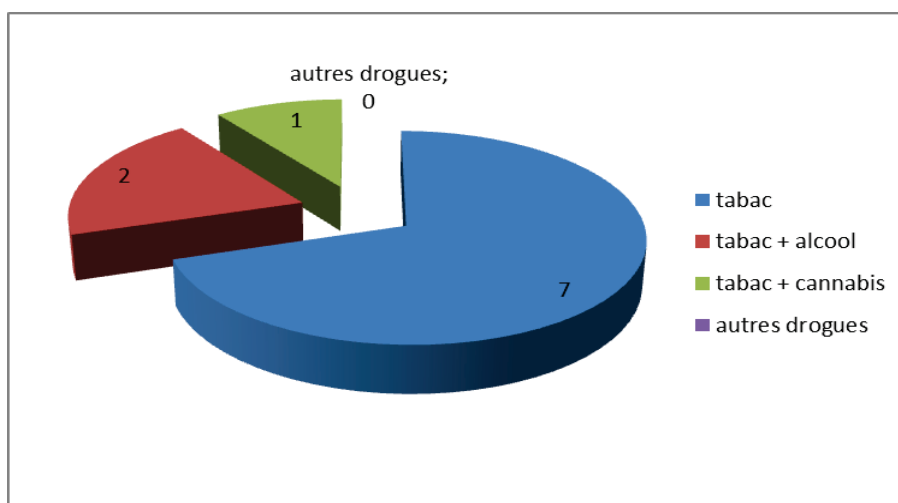


Figure 8 : Répartition de la consommation de substances psychoactives

2. Sexualité et comportement contraceptif

2.1. Vie affective

2.1.1. Age des mineures au premier rapport sexuel

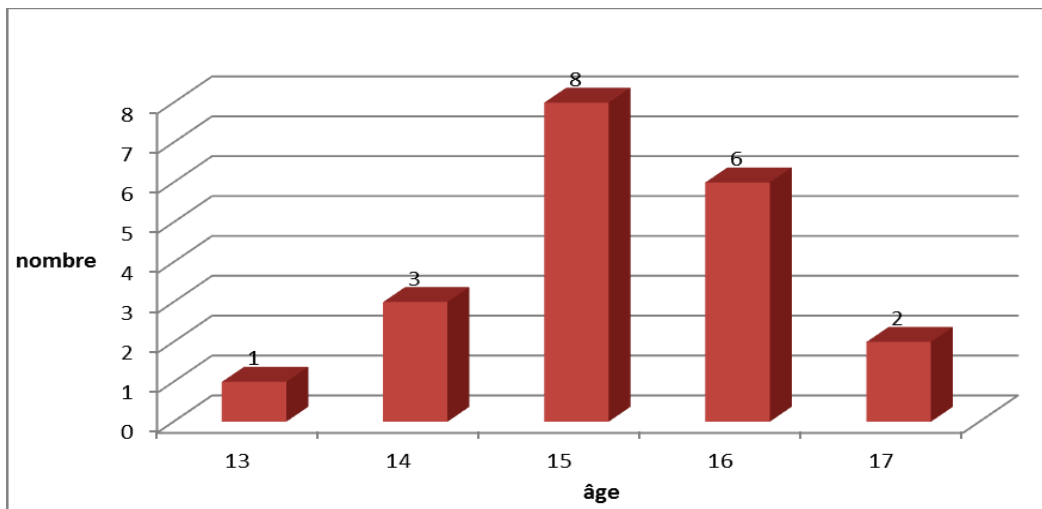


Figure 9 : Age des mineures lors de leur premier rapport sexuel

L'âge médian au premier rapport sexuel est de 15 ans.

2.1.2. Statut affectif

70 % des mineures interrogées sont en couple lors de la demande d'IVG.

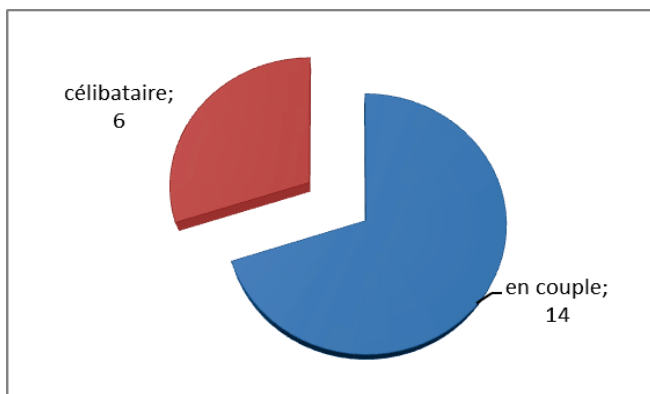


Figure 10 : Statut affectif des mineures interrogées

La vie de couple s'inscrit dans la durée : pour quinze mineures elle dure ou a duré plus de six mois.

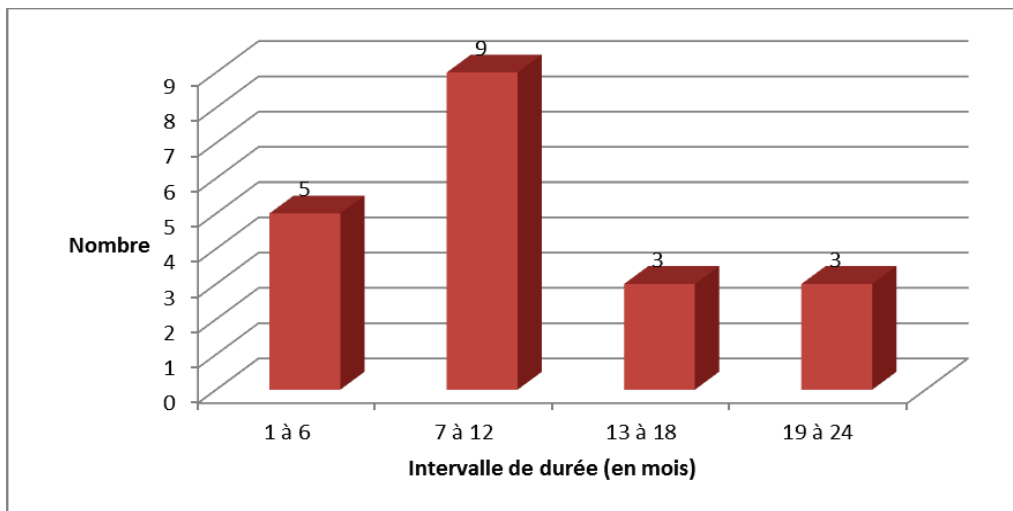


Figure 11 : Durée de la vie de couple des mineures (en mois)

2.1.3. Le partenaire

- Age :

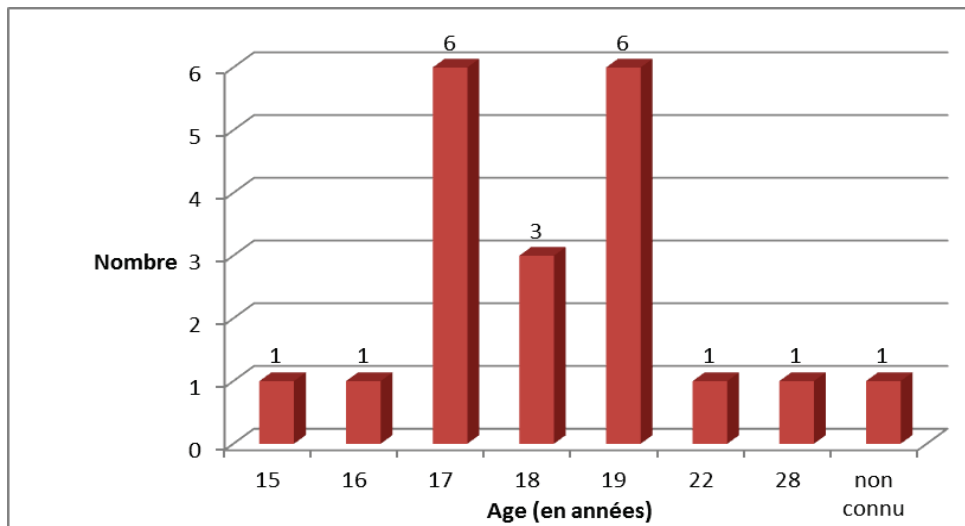


Figure 12 : Age des partenaires (en années)

55% des partenaires sont âgés de 18 ans ou plus.

Le plus jeune a 15 ans.

- Activité scolaire ou professionnelle :

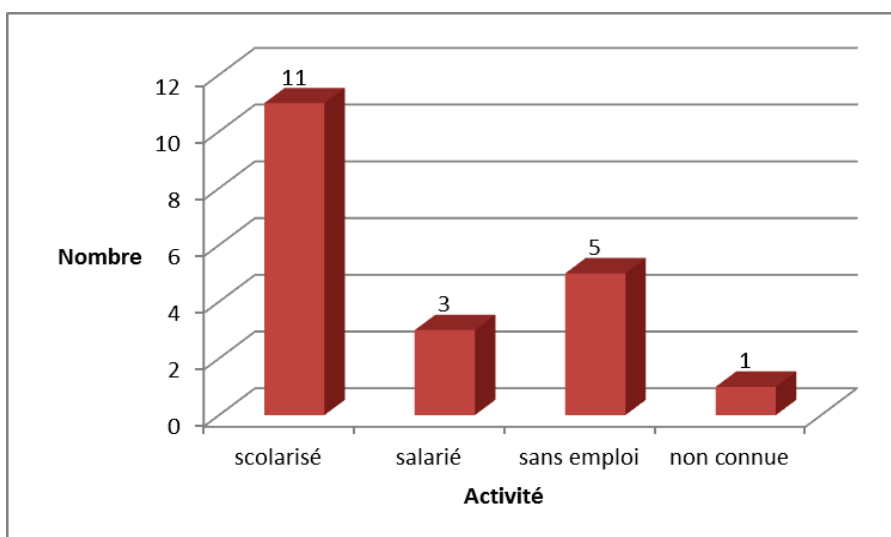


Figure 13 : Activité des partenaires

55% d'entre eux sont scolarisés.

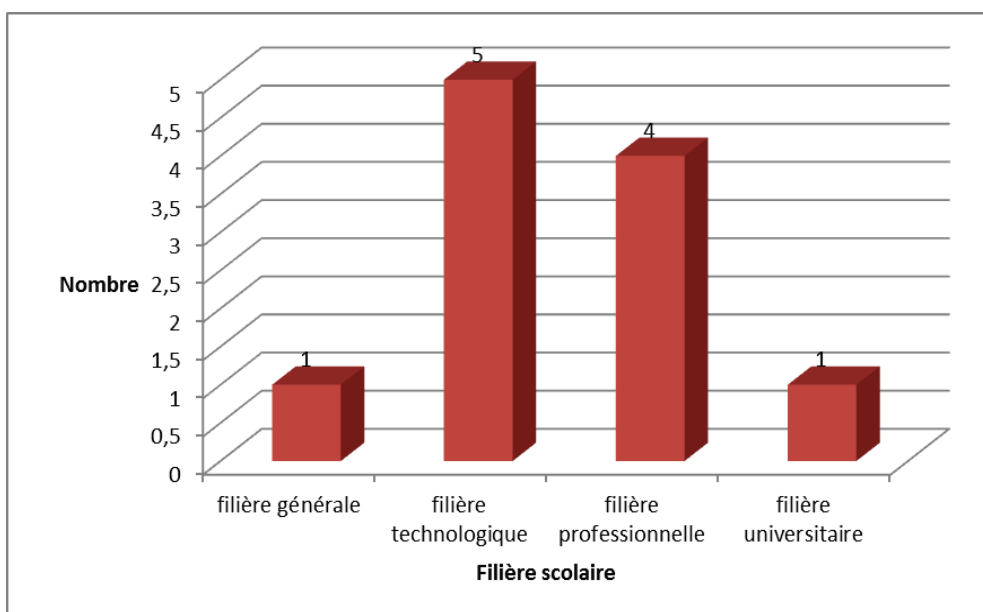


Figure 14 : Filière scolaire suivie par les partenaires scolarisés

81 % des petits-amis scolarisés suivent une filière technologique ou professionnelle.

2.1.4. Parents informés de la relation ?

Pour 65% des mineures interrogées, les parents ne sont pas au courant de leur vie de couple.

2.2. Contraception

2.2.1. Contraception utilisée

50% des mineures interrogées utilisent une contraception lors des rapports.

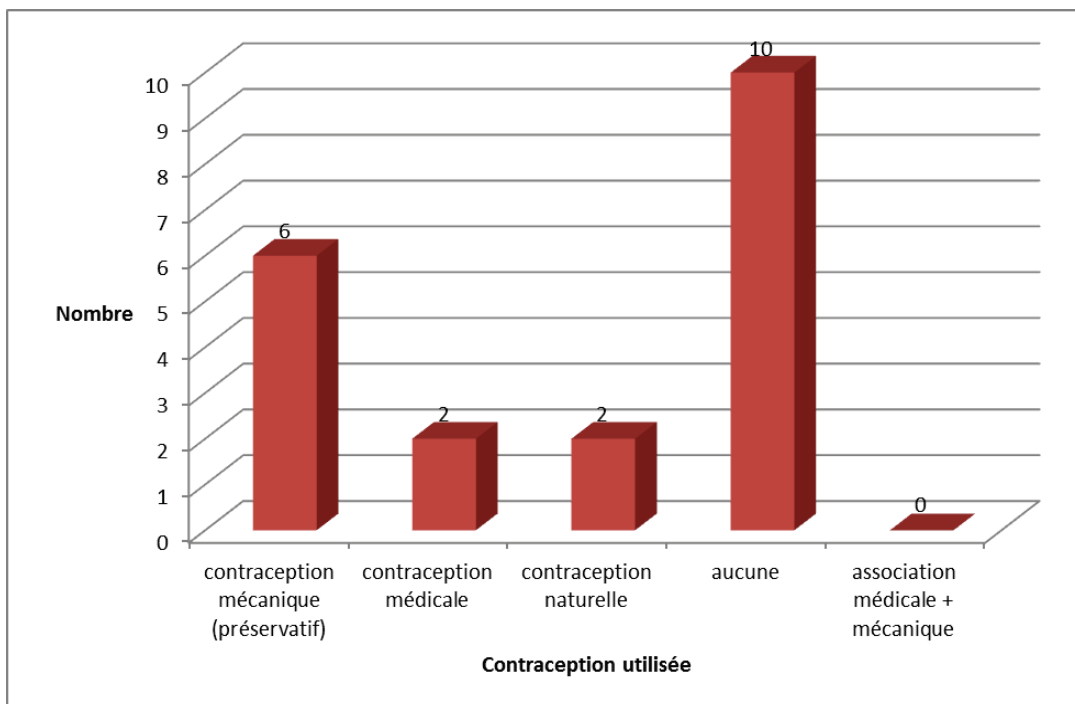


Figure 15 : Type de moyen de contraception utilisé

La moitié de l'effectif interrogé déclare utiliser un moyen de contraception lors des rapports sexuels :

- 30 % ont eu recours au préservatif, 10% à une méthode de contraception naturelle (le retrait ou coït interrompu).
- deux jeunes femmes (10% de l'effectif) utilisaient une contraception médicale, de type oestro-progestative.

L'une d'entre elle, âgée de 16 ans prend une pilule oestro-progestative continue depuis environ 1 an. Elle a consulté dans un centre de planification familiale au centre médico-social de son quartier sur les conseils de son entourage. Ses parents sont informés qu'elle prend la pilule. Elle n'a pas eu de difficultés pour se la procurer, elle a d'ailleurs choisi lors de la prescription une pilule remboursée.

La seconde jeune femme, âgée de 16 ans, est sous contraception oestro-progestative depuis 2 mois. Le médecin généraliste rattaché au foyer où elle vit lui a prescrit une pilule remboursée. Ses parents ne sont pas informés qu'elle prend la pilule.

On constate qu'une contraception médicale a été prescrite antérieurement pour six jeunes femmes (30 %).

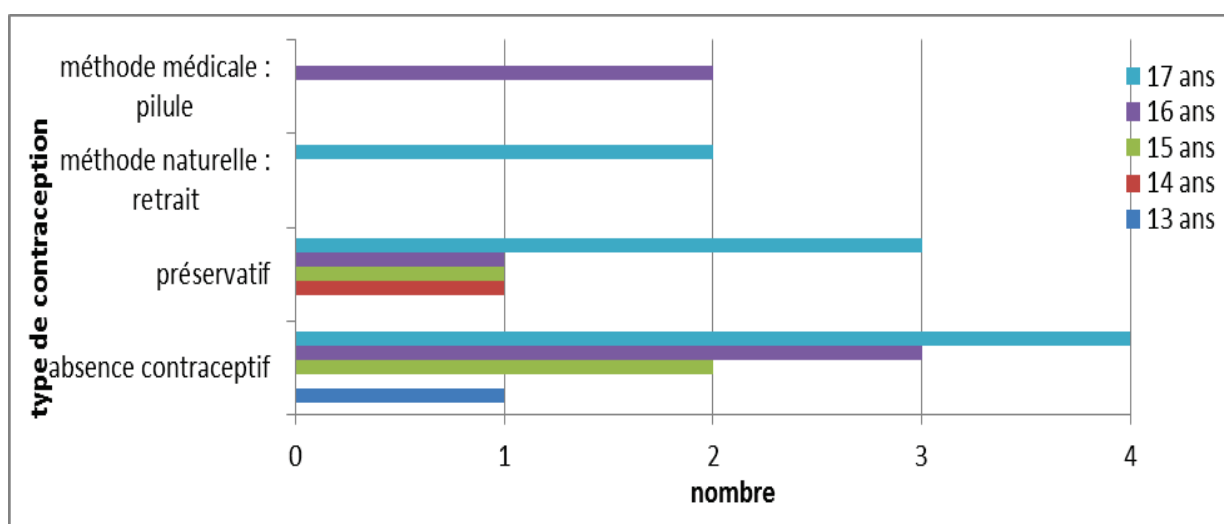


Figure 16 : Type de moyen de contraception utilisé selon l'âge

Les filles les plus âgées n'utilisent pas de contraception médicale (neuf jeunes femmes).

Une contraception médicale (pilule) avait été prescrite antérieurement pour six d'entre elles, soit les 2/3 des adolescentes âgées de 17 ans.

La méthode de retrait est utilisée exclusivement par les adolescentes les plus âgées.

2.2.2. Les rapports non protégés

Lorsqu'on interroge les jeunes femmes sur les raisons de l'absence de contraception, on obtient des réponses communes.

La crainte de l'examen gynécologique :

Les jeunes femmes redoutent l'examen, qu'elles pensent systématique lors de la première consultation pour une contraception, ou bien lors d'un renouvellement de pilule.

Elles repoussent donc souvent la consultation pour obtenir une méthode contraceptive.

- « j'avais un peu peur » ;

- « j'avais honte d'aller voir mon médecin pour ça - la contraception - » ;

- « j'avais pas envie de me faire examiner par un homme » ;

- « je prenais la pilule avant quand j'étais avec mon premier copain mais là j'attendais d'avoir un autre rendez-vous pour avoir une ordonnance. Du coup on faisait le retrait » ;

- « mon médecin m'avait dit que la prochaine fois il fallait que je fasse une prise de sang mais j'ai perdu l'ordonnance, donc je ne suis pas retourné le voir et il m'avait donné - la pilule - que pour 3 mois ».

L'absence d'autorisation parentale ; le refus des parents :

- « cet été, comme je n'avais pas de copain ma mère a dit que ça servait à rien de continuer à m'acheter ma pilule [...] et donc depuis que je suis avec [...] on utilise des préservatifs » ;

- « j'ai demandé à ma mère pour prendre la pilule mais elle trouvait que à 15 ans c'est trop jeune » ;

- « je pensais qu'il fallait que les parents soient d'accord pour avoir la pilule » ;

- « mon médecin m'a proposé de prendre la pilule quand j'ai fait le vaccin - *contre le cancer du col de l'utérus* - parce qu'il savait que j'avais un copain, mais ma mère n'a pas voulu »

Les fausses croyances, le manque d'information sur la contraception :

Pour certaines adolescentes, une contraception leur a été prescrite mais elle ne la débute pas pour autant.

Certaines ont déjà pris la pilule au cours de précédentes relations mais hésitent à la reprendre par crainte d'éventuels effets indésirables :

- « j'ai déjà pris la pilule avant mais ça m'a fait grossir » ;
- « avec la pilule que je prenais avant j'avais presque tout le temps mes règles ».

Des idées reçues persistent :

- « je suis allée voir mon médecin pour avoir la pilule [...] mais je l'ai pas prise parce que j'avais peur que ça me rende stérile » ;
- « on utilisait parfois des préservatifs mais pas toujours [...] et puis dans ma famille y'en a qui sont stériles alors je me suis dit que peut-être que moi aussi. Je pensais pas que je pourrais tomber enceinte si vite » ;
- « mon médecin m'a prescrit la pilule et m'a donné une plaquette. Mais j'avais peur que ma mère se rende compte de quelque chose [...] que je prenne du poids [...] mon tour de poitrine ».

Ou des fausses croyances sur la fertilité à l'adolescence :

- « on a mis un préservatif la première fois [...] on a oublié la deuxième fois, enfin c'est mon copain qui m'a dit qu'il en avait pas mis, moi j'ai pas vu. [...] moi je pensais pas qu'on pouvait tomber enceinte à 13 ans [...] je pensais que c'était à 14 ans l'ovulation » ;
- « je croyais que y'avait pas de risque si on avait des rapports pendant les règles ».

Une méconnaissance du fonctionnement de la pilule :

- « j'avais caché la plaquette chez ma copine, je prenais la pilule des fois ».

Refus de prescription par médecin consulté pour une première contraception :

- « quand je suis allée voir mon médecin pour prendre la pilule il m'a dit que j'avais encore le temps, qu'il n'y avait pas d'urgence à débiter une contraception ».

Désir de grossesse, ambivalence :

- « j'ai pris la pilule qu'on m'avait donné après ma fausse couche. Mais après comme je voulais être enceinte je l'ai arrêtée ».

Rapport sexuel non choisi :

- « je prends pas la pilule ... je pensais pas qu'on le ferait si tôt ... et moi j'avais pas de préservatif. Je n'ai pas osé lui dire non ».

D'autres ne perçoivent pas le risque de grossesse, et répondent au sujet de la contraception :

- « je n'y ai pas pensé » ;
- « je ne me sentais pas concernée ».

2.2.3. La contraception d'urgence

Seize jeunes femmes connaissent l'existence de la « pilule du lendemain », soit 80% de l'effectif.

Douze d'entre elles (60%) peuvent citer un lieu où se la procurer, et citent toutes la pharmacie.

Sept adolescentes y ont eu déjà recours par le passé :

- cinq l'ont prise une fois ;
- une l'a prise trois fois.

Lors de ce rapport à risque, deux mineures y ont eu recours :

- une dans les 24 heures suivant le rapport à risque ;
- l'autre a pris la pilule du lendemain presque une semaine après le rapport à risque, car elle a eu un doute.

Les jeunes femmes n'ayant pas eu recours à la contraception d'urgence ne sont souvent pas consciente du risque de grossesse auquel elles sont exposées.

On retrouve les mêmes raisons expliquant l'absence d'utilisation de la contraception d'urgence :

- L'insouciance, l'absence de conscience du risque de grossesse :
 - « je n'y ai pas pensé » ; « je pensais que ça n'était si grave que le préservatif aie craqué » ;
 - « j'ai oublié d'aller à la pharmacie, et après c'était trop tard, ça servait à rien ».
- Le manque d'information, les fausses croyances :
 - « je sais que la pilule du lendemain existe mais je ne sais pas comment ça marche » ;
 - « on m'avait dit que ça pouvait rendre stérile si on la prenait plusieurs fois ».
- L'invulnérabilité :
 - « j'espérais que ça n'arriverait pas - la grossesse - »

Une jeune femme a informé ses parents du recours à la contraception d'urgence.

2.2.4. Informations scolaires sur la sexualité

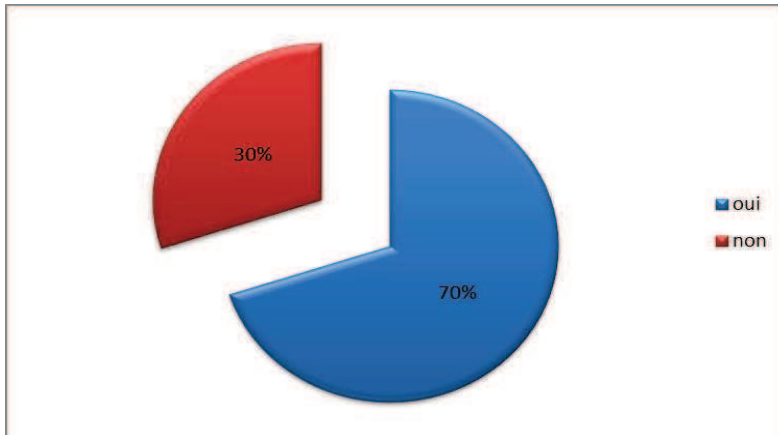


Figure 17 : Informations reçues en milieu scolaire sur la sexualité

70% des jeunes femmes déclarent avoir assisté à une ou plusieurs séances d'informations sur la sexualité dans le cadre scolaire.

3. Grossesse et IVG

3.1. Découverte de la grossesse

3.1.1. Circonstances de découverte de la grossesse

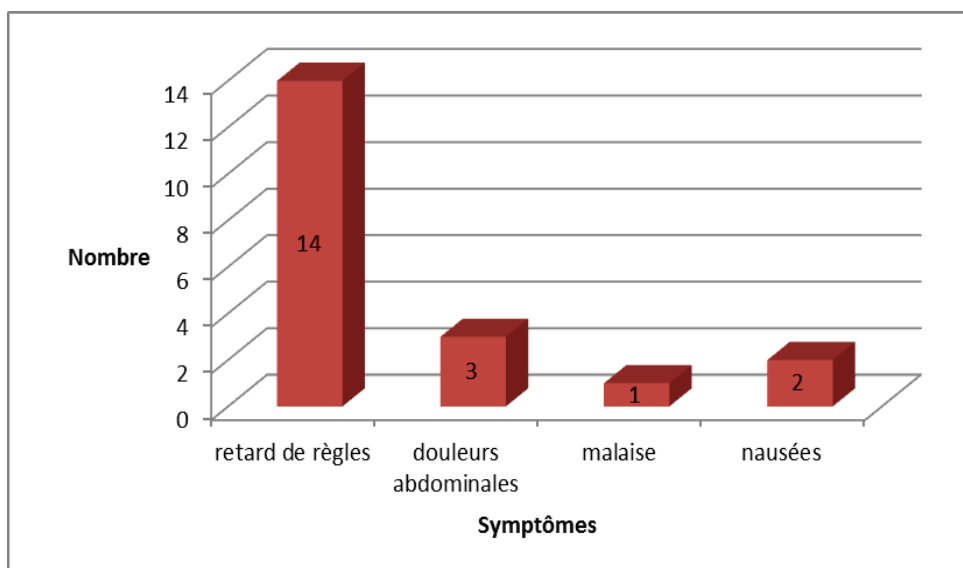


Figure 18 : Circonstances de découverte de la grossesse

70% des filles ont découvert leur grossesse après un retard de règles.

3.1.2. Motifs de survenue de la grossesse

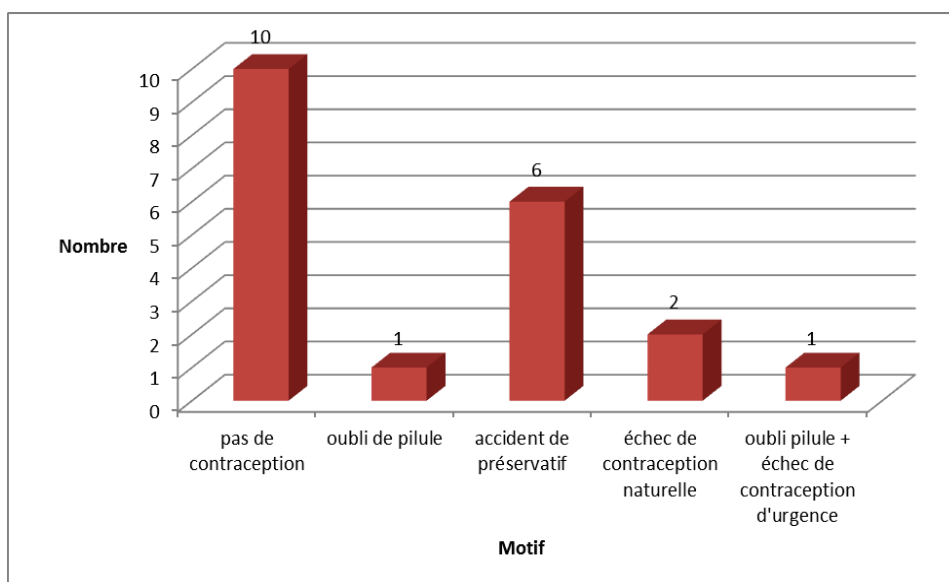


Figure 19 : Motifs de survenue de la grossesse

3.1.3. Le rôle du partenaire

Seize partenaires (80%) ont été informés de la grossesse.

Deux partenaires n'ont pas été informés car le couple était séparé avant la découverte de la grossesse.

Une jeune femme a eu des partenaires multiples donc n'a pu informer le partenaire.

Une autre ne sait pas si elle va informer le partenaire.

Lorsqu'ils sont informés, les partenaires donnent parfois leur opinion sur le devenir de la grossesse aux adolescentes :

Cinq partenaires souhaiteraient, au moment de l'annonce, la poursuite de la grossesse :

- par désir : « il veut un bébé », « on va emménager ensemble et avoir le bébé » ;
- par obligation : « il veut assumer » ;
- souhaite la grossesse puis l'IVG : « au début on voulait tous les deux garder la grossesse, mais il s'est laissé convaincre par mes parents pour que j'avorte ».

Huit partenaires ne souhaitent pas poursuivre la grossesse au moment de l'annonce :

- quatre se trouvent trop jeunes ;
- un souhaite privilégier ses études ;
- deux évoquent des raisons financières : « je n'ai pas de situation », « je n'ai pas les moyens » ;
- pour l'un d'entre eux, c'est même un motif de rupture : « Quand je lui ai dit, il a rompu ».

Trois adolescentes ne connaissent pas l'opinion de leur partenaire.

3.1.4. Le rôle des parents

Reconnaissance de la vie affective des adolescentes par leurs parents :

- Sept jeunes femmes (35%) ont informé leurs parents qu'elles avaient un petit-ami.

Reconnaissance de la vie sexuelle des adolescentes :

- Trois mineures ont eu une prescription de contraception et en ont informé leurs parents, mais n'ont utilisé aucun moyen de contraception lors du rapport à risque ;
- une autre a demandé l'autorisation à sa mère mais celle-ci a estimé qu'elle était trop jeune ;
- une mineure parmi les sept a utilisé un moyen de contraception lors des rapports (le préservatif).

Information des parents de la survenue de la grossesse :

- Une jeune femme, dont les parents connaissaient l'existence du petit-ami, n'a pas informé ses parents de sa grossesse ;
- une autre a informé ses parents de sa relation de couple au moment de l'annonce de la grossesse.

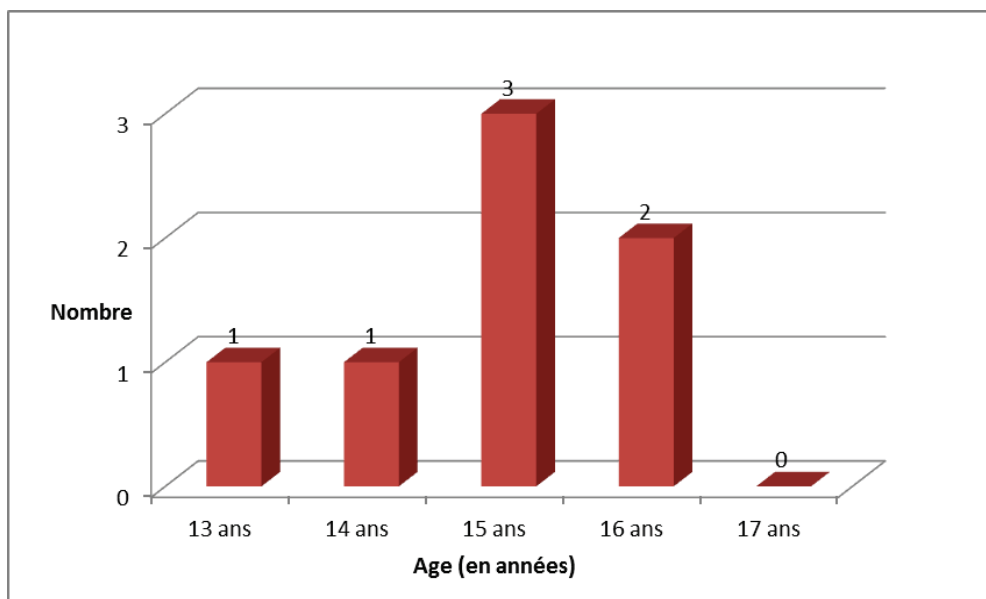


Figure 20 : Parents informés de la grossesse selon l'âge

Plus les adolescentes sont jeunes, plus elles informent leurs parents de la survenue d'une grossesse non désirée.

3.2. Interruption volontaire de grossesse

3.2.1. Le nombre d'IVG réalisées

Dix-huit IVG ont été réalisées soit 90% de l'effectif interrogé.

Deux IVG n'ont pas été réalisées.

Dans le premier cas, la jeune femme a décidé de poursuivre sa grossesse.

Dans le second cas, le délai pour réaliser l'IVG était dépassé (plus de 14 SA au moment de l'échographie de datation).

3.2.2. Information des parents de la demande d'IVG

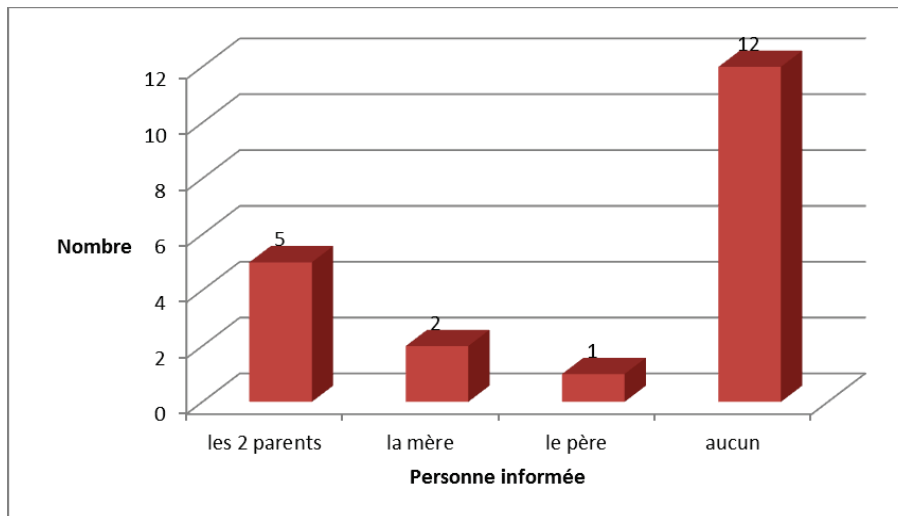


Figure 21 : Parent informé de la demande d'IVG

Dans 60 % des cas, les parents ne sont pas informés de la demande d'interruption volontaire de grossesse.

3.2.3. Qualité de l'accompagnant, en l'absence d'autorisation parentale

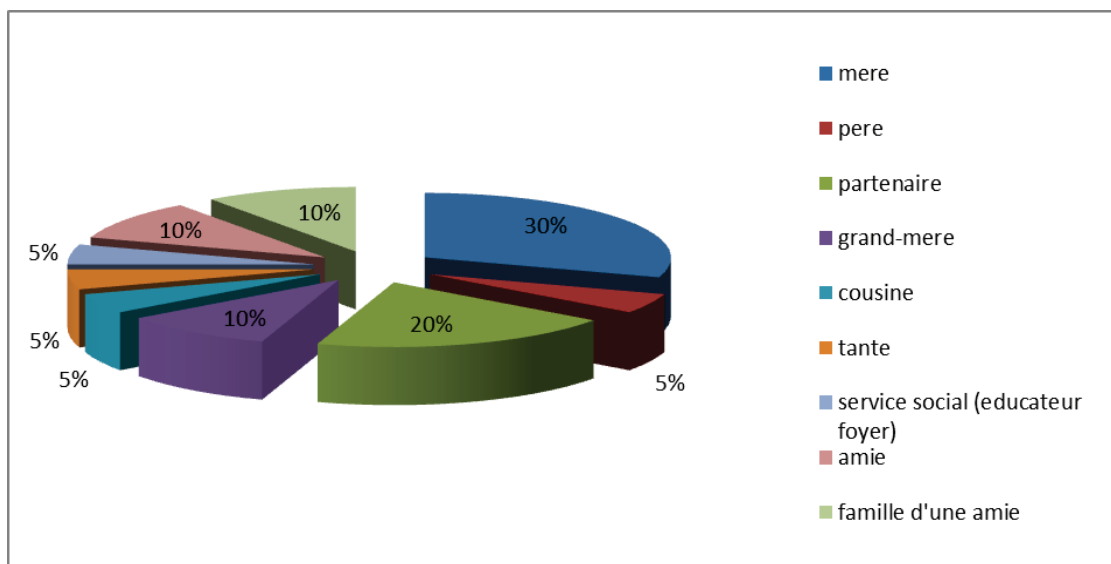


Figure 22 : Qualité de l'accompagnant

Dans 35% des cas, l'IVG est effectuée avec l'autorisation parentale (d'au moins un des deux parents).

En l'absence d'autorisation parentale, le partenaire (majeur) est la personne accompagnante dans 20% des cas.

3.2.4. Motivations de la demande d'IVG

Pour dix jeunes femmes (50% de l'effectif), la décision est évidente dès la découverte de la grossesse :

- l'âge : « je suis trop jeune pour avoir un bébé » ; « je veux profiter de ma jeunesse » : « j'ai des projets, je ne veux pas d'enfant tout de suite » ;
- les études : « je veux continuer mes études » ;
- la peur du regard des autres : « j'ai peur de ce que les gens pourraient penser » ;
- le désir de grossesse : « avec mon copain on va emménager ensemble et on veut un bébé ».

Pour d'autres, le choix de l'IVG est un choix raisonné ou imposé :

- Pour des raisons financières :

« je dois continuer mes études, moi et mon copain on n'a pas d'argent, et nos parents non plus » « c'est difficile de prendre cette décision mais on n'a pas le choix »

- Par rapport au partenaire :

« au début je voulais le garder, mais depuis on a rompu »

« je suis trop jeune et en plus maintenant je suis célibataire, je me vois pas seule comme ça »

- Par rapport à l'âge gestationnel :

Pour l'une d'entre elles, il s'agit d'un choix forcé puisque la découverte de la grossesse se fait à un terme où l'IVG n'est plus envisageable en France. Cette jeune femme reste quasi mutique lors de l'entretien psycho-social.

Enfin pour deux jeunes femmes, le choix de l'IVG est fortement influencé par :

- L'opinion des parents :

« je n'ai pas le choix » « si je n'avais pas peur de mes parents (sœur aînée majeure en conflits avec les parents depuis l'IVG récente) ou si j'étais majeure, la décision aurait sûrement été différente » ; mais redoute « d'avoir des difficultés pour être enceinte ensuite ».

« je fais ce qui arrange tout le monde », « je ne voulais pas de bébé mais je ne pensais pas que mes parents me diraient à ce point il faut que tu avortes », « j'ai peur de leur faire payer plus tard quand je repenserai à l'avortement ».

3.2.5. Terme de la grossesse lors de l'entretien psycho-social et lors de l'IVG

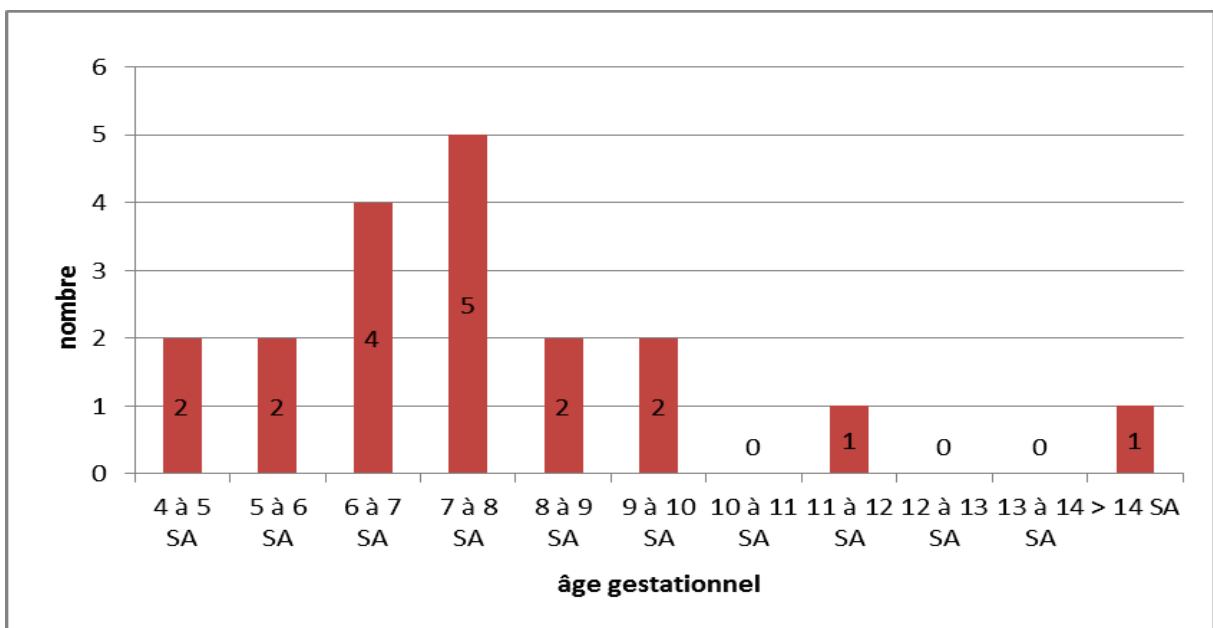


Figure 23 : Age gestationnel lors de l'EPS

Dans 40 % des cas, les adolescentes découvrent précocement leur grossesse (avant 7 SA).

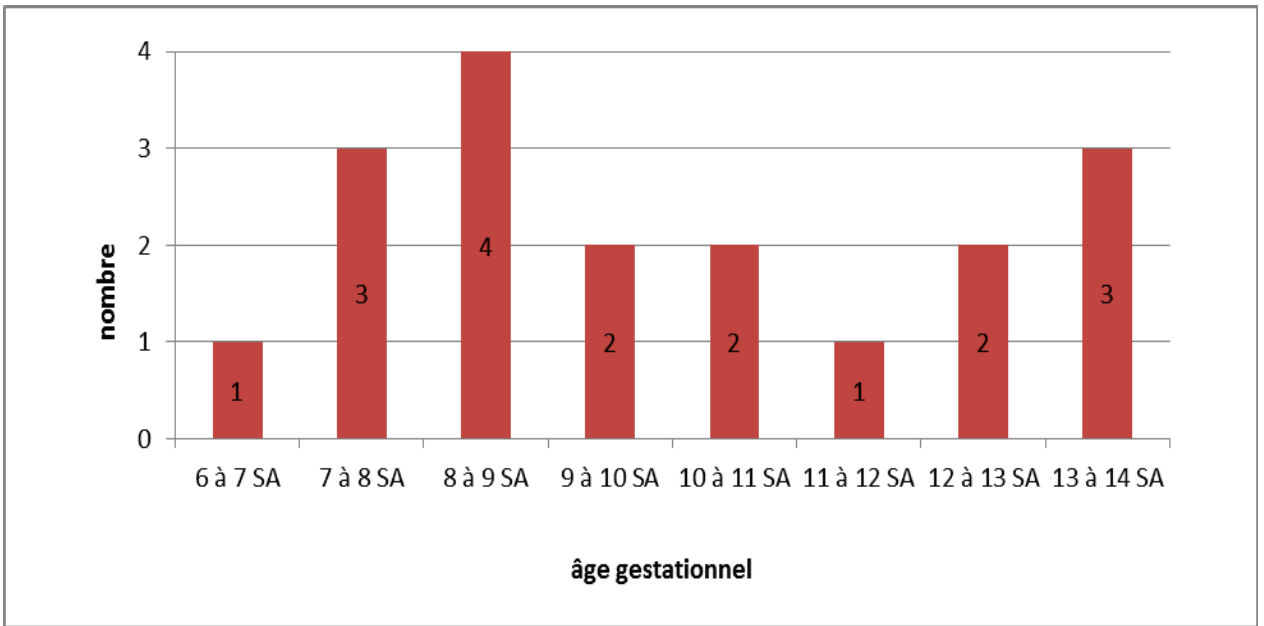


Figure 24 : Age gestationnel lors de l'IVG

La grande majorité des IVG a lieu après 8 SA (77% soient 14 IVG sur les 18 réalisées).

3.2.6. Méthode de l'IVG

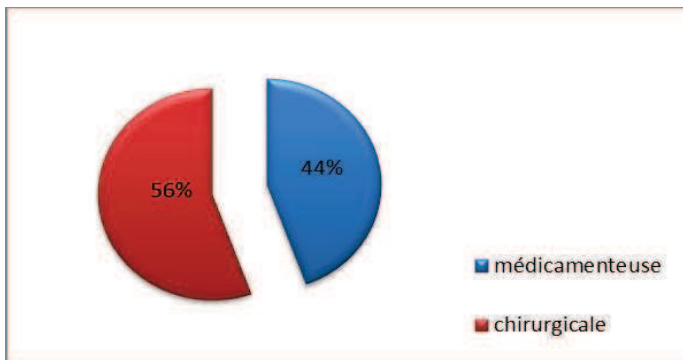


Figure 25 : Méthode de l'IVG

La majorité des IVG sont réalisées par méthode chirurgicale, (ce qui correspond à l'âge gestationnel ci-dessus).

3.2.7. Contraception prescrite en post-IVG

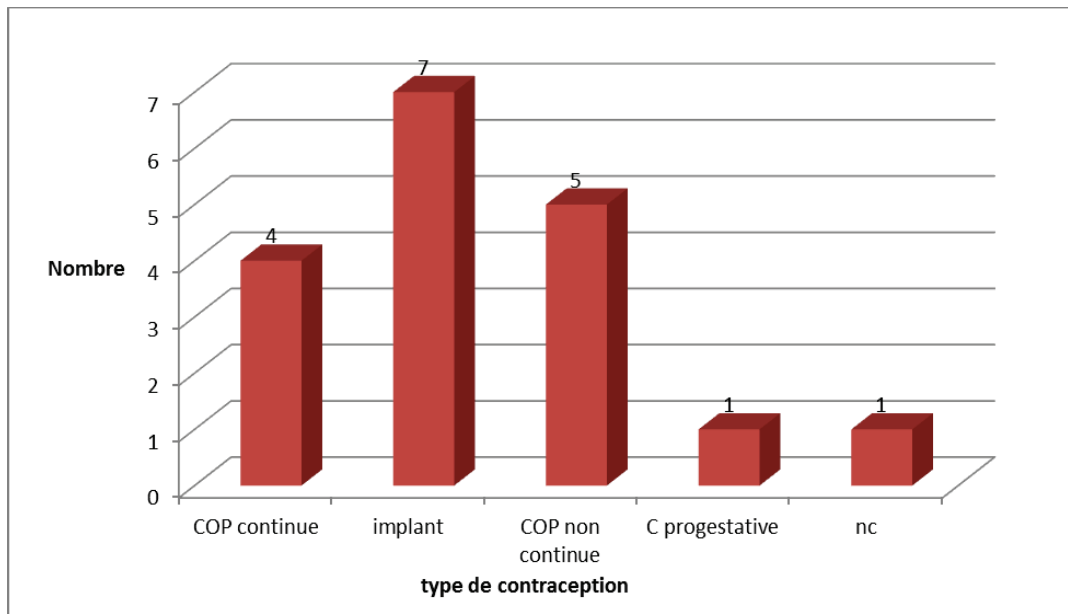


Figure 26 : Contraception prescrite en post-IVG

La pilule est la méthode de contraception la plus fréquemment choisie : dix jeunes femmes (55% de l'effectif) ont reçu une ordonnance de pilule quelque-soit son type (oestro-progestative continue ou non, ou progestative).

L'implant a été choisie par près de 40% de l'effectif. Il est souvent posé au bloc opératoire, au décours de l'IVG chirurgicale.

3.2.8. Complications en post-IVG

Une mineure a consulté en urgences 22 jours après l'IVG pour métrorragies.

Une autre a consulté après l'IVG pour leucorrhées fièvre et métrorragies.

DISCUSSION

1. Limites et biais de l'étude

1.1. Limites liées à l'échantillon

- Biais de recrutement :

Il existe un biais de recrutement lors de la constitution de l'échantillon.

En effet, l'étude a été menée uniquement auprès de jeunes femmes consultant à la planification familiale d'un hôpital du Havre.

L'échantillon n'est pas représentatif de la population générale. Cependant la représentativité n'est pas une exigence requise dans les études qualitatives.

- Biais de sélection :

La constitution de l'échantillon s'est faite de façon aléatoire mais par un mode indirect, puisque les jeunes femmes avaient d'abord rendez-vous pour l'entretien psycho-social. Elles étaient ensuite recrutées sur la base du volontariat.

Notre travail n'a pas pour but d'être statistique ni représentatif. Il cherche à explorer un phénomène dans son environnement, afin de comprendre les comportements sociaux qui en résultent.

1.2. Limites liées au guide d'entretien

Nous avons choisi de composer le guide d'entretien de questions appelant à des réponses courtes, et d'autres favorisant la prise de parole.

Ce guide ainsi construit nous a permis d'établir un contact et stimuler le discours des adolescentes.

1.3. Biais de recueil

Lors des interviews, nous avons été frappés par la discrétion, la timidité des jeunes femmes. Certaines avaient peur de témoigner, d'autres semblaient « sous le choc » face à cette grossesse non prévue. Leur façon d'appréhender cette situation a eu un impact sur leur capacité à pouvoir répondre à nos questions et s'exprimer sur le sujet.

L'une d'elle, qui avait découvert sa grossesse dont le terme compromettrait la possibilité d'avoir recours à l'IVG, est d'ailleurs restée quasi mutique lors de l'entretien.

Dans une étude qualitative, les réponses des sujets interrogés peuvent aussi être influencées de façon involontaire par l'interviewer. En effet, en comparant a posteriori les réponses obtenues au moment de l'entretien avec les jeunes femmes, et les informations contenues dans leur dossier médical, on a pu observer des divergences (notamment concernant leur vie de couple ou leur comportement contraceptif).

1.4. Biais liés à la retranscription des données

Pour des raisons de confidentialité, nous avons choisi de ne pas enregistrer les entretiens pour les mineures consultant « sous X »,

Il nous a semblé ensuite judicieux de n'enregistrer aucun entretien afin de faciliter la prise de parole des jeunes femmes, compte tenu du caractère intime et délicat du sujet.

Nous avons donc choisi de retranscrire les données par écrit lors des interviews.

Il faut aussi évoquer les limites liées à la part d'interprétation inévitable lors de l'analyse du discours.

2. Comportements sexuels et couverture contraceptive des adolescentes : comparaison des principaux résultats avec les données de la littérature

2.1. L'âge au premier rapport sexuel

Dans cette étude, douze jeunes femmes mineures (60% de l'effectif) ont eu leur premier rapport sexuel à 15 ans ou moins.

La plus jeune mineure interrogée est âgée de 13 ans.

Dans la population générale en France, l'âge médian au premier rapport sexuel a peu changé en trente ans et se situe autour de 17 ans selon le baromètre santé jeune.

La survenue d'une grossesse non désirée est un risque auquel chaque adolescente est confrontée quel que soit son âge.

Selon l'INED²¹, le premier rapport sexuel est cependant plus précoce chez les jeunes de milieu populaire.

La filière scolaire suivie a aussi une influence, les filles en préapprentissage ou en lycée professionnel semblent débiter plus tôt leur vie sexuelle, que les lycéennes d'enseignement général.

Selon M.Bozon, l'engagement dans des études longues contribuerait à retarder l'initiation sexuelle²².

2.2. La contraception

La contraception au premier rapport sexuel : le préservatif

D'après l'INED, le premier rapport sexuel est devenu un acte « réfléchi », dans lequel l'absence de contraception n'a cessé de reculer.

²¹ « A quel âge a-t-on ses premiers rapports sexuels en France ? », INED, Fiche d'Actualité scientifique, numéro 5, novembre 2000

²² Cité par N. Bajos et S. Durand dans « Comportements sexuels et reproductifs des adolescents, comparaison entre pays développés », novembre 2001

Selon le baromètre santé jeune 87,1% des jeunes sexuellement actifs déclarent avoir utilisé le préservatif la première fois. Les jeunes vivants avec leurs parents de naissance auraient tendance à plus utiliser le préservatif que les familles monoparentales ou recomposées.

Selon l'enquête Analyse du Comportement Sexuel des Jeunes, on a constaté une forte progression dans le temps de l'utilisation du préservatif, témoignant d'une réponse adaptative à l'épidémie du SIDA, qui n'est pas seulement réduite à la première fois. C'est devenu une nouvelle habitude qui dure quelques mois au début de chaque nouvelle relation. Les campagnes de prévention dans ce sens ont été mises en pratique.

La contraception médicale :

On observe habituellement qu'après une utilisation provisoire du préservatif au début de la relation, les pratiques contraceptives du couple changent et la proportion d'utilisateurs baisse. Quand la relation se stabilise le préservatif est abandonné au profit le plus souvent de la pilule.

Mais le passage de relai préservatif/contraception médicale ne s'effectue pas toujours bien, et cette période de transition pose souvent problème.

En effet, dans notre étude, les adolescentes sont majoritairement en couple, au moment de la demande d'IVG (70% de l'effectif), et depuis plus de 6 mois pour 75% d'entre elles.

Pourtant, seules deux ont une contraception médicale.

La non reconnaissance de la sexualité juvénile n'encourage ni la contraception ni les comportements de prévention.

En effet, sous le poids de pratiques culturelles ou familiales, certaines adolescentes ont de réelles difficultés à gérer une contraception (pilule cachée chez une copine...).

La moitié des jeunes femmes interrogées déclarent utiliser une contraception lors des rapports sexuels.

Six d'entre elles (30%) utilisent le préservatif, deux (10%) une pilule oestro-progestative.

D'après le rapport du haut conseil de la population et de la famille « pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures », il existe deux particularités dans l'échec de la contraception chez les adolescentes :

- L'absence de contraception est plus fréquente (9,4% chez les adolescentes contre 3,6% chez les adultes) ;
- La proportion d'échec du préservatif est significativement plus élevée (17,8% contre 11,5% chez les adultes).

Le préservatif utilisé isolément dans un but contraceptif semble être une méthode insuffisamment efficace chez les jeunes.

Selon le centre d'analyses stratégiques et l'INPES, les adolescents devraient utiliser une double protection (préservatif et contraception hormonale) ou « double dutch », méthode répandue auprès des jeunes Néerlandais (71 % contre 33 % des Français du même âge) et qui pourrait expliquer en partie le faible nombre de grossesses précoces aux Pays-Bas.

Les obstacles à la contraception :

L'accès à la contraception médicale reste encore problématique.

Elle n'est délivrée que sur prescription médicale, ce qui engendre de nombreux obstacles :

- L'obstacle financier : la consultation médicale représente un coût pour les adolescentes de même que l'accès aux méthodes contraceptives non remboursées par la sécurité sociale.
- La confidentialité : les jeunes femmes qui consultent leur médecin pour une contraception peuvent craindre, par le remboursement indirect des consultations ou de la contraception, que leurs parents en soient ainsi informés.
- La peur de (re)consulter : la nécessité d'une consultation médicale préalable est un obstacle souvent cité par les jeunes femmes qui redoutent l'examen gynécologique. Dans l'étude il a été prescrit pour neuf jeunes femmes (45% de l'effectif) une contraception médicale dans les mois ou les années précédant la demande d'IVG. Pourtant seules deux d'entre elles la suivent encore au moment de l'enquête. L'objectif de la consultation médicale doit être d'instaurer une relation de confiance permettant un suivi régulier et rapproché²³ ; « le biomédical n'est que rarement l'urgence du moment »²⁴.

²³ Recommandations ANAES « Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme », décembre 2004

²⁴ SFDRMG, « La consultation pour la première contraception », septembre 2011

Les centres de planifications familiales ont notamment pour but de proposer aux mineures des consultations de contraception anonymes et gratuites. Mais ils sont peu connus des jeunes femmes. Un jeune sur cinq cite le centre de planification familiale comme lieu pour se procurer une contraception selon l'ORSHN. Leur accessibilité peut également poser problème (horaires d'ouverture en semaine mais sur le temps scolaire, centres souvent en zone urbaine uniquement...)

Selon M. Uzan, le recours à des substances psychoactives comme alcool et drogue rend souvent moins attentifs garçons et filles à la bonne observance de la contraception (mauvaise utilisation du préservatif ou oubli de pilule).

Le choix d'une contraception adaptée :

Pour les deux mineures sous contraception médicale, la grossesse est survenue après un oubli de pilule.

La contraception en France répond aujourd'hui souvent à une « norme », d'abord le préservatif, puis la pilule seule dès que la relation de couple est stable, le stérilet pour les femmes multipares...

Le mode de vie des adolescents et les spécificités de leur sexualité (rapports irréguliers, occasionnels) apparaissent peu compatibles avec les contraintes d'une méthode contraceptive nécessitant une rigueur de prise (prise journalière, à heure fixe).

Comme le souligne l'IGAS dans son rapport, « Malgré l'importance des échecs contraceptifs, liés pour une large part à des problèmes d'observance, la contraception reste largement identifiée tant chez les professionnels de santé que le public, à la contraception hormonale orale (pilule), alors même que les attentes et les besoins se sont diversifiés et que la demande de contraception est loin de toujours s'inscrire dans le schéma d'une sexualité prévisible et régulière de type conjugal. »²⁵

Une meilleure implication des utilisatrices (grâce à la campagne d'information « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ») et l'amélioration des pratiques des professionnels de santé devraient permettre de pallier l'inadéquation des méthodes contraceptives et des pratiques. La part cumulée des moyens de contraception alternatifs tels que le patch, l'implant et l'anneau est passée de 0.8% pour les 15-19 ans en 2005 à 2.8% en 2010²⁶. Ces moyens

²⁵ Rapport IGAS, « La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence »

²⁶ Source Caisse Nationale d'Assurance Maladie

sont toujours peu prescrits dans cette classe d'âge alors que leur mode d'utilisation pourrait correspondre au mode de vie des adolescentes.

2.3. La contraception d'urgence

Dans notre étude, 80% des mineures connaissent la contraception d'urgence.

60% peuvent citer un endroit où se la procurer.

Pourtant seules deux adolescentes y ont eu recours cette fois.

Selon l'ORSHN les lieux cités par les jeunes femmes pour obtenir la contraception d'urgence sont la pharmacie à 86%, puis le centre de planification et l'infirmerie scolaire.

La contraception d'urgence offre pourtant une solution de rattrapage efficace après un échec de la prévention primaire, le plus souvent par mauvais usage de la méthode contraceptive (oubli de pilule, accident de préservatif...).

Malgré une grande simplicité d'accès, depuis la loi du 13 décembre 2000, (accès libre en pharmacie, gratuité et anonymat pour les mineures, administration possible en établissement d'enseignement du second degré par les infirmières scolaires), le recours à la contraception d'urgence en cas de rapport à risque est loin d'être systématique.

Le recours à la « pilule du lendemain » suppose à la fois que la femme soit consciente du risque de grossesse encouru, soit informée des possibilités de rattrapage et qu'elle puisse se la procurer très rapidement²⁷.

Or comme on le voit dans l'étude, peu de jeunes femmes mesurent ce risque. Elles se fient plus facilement à leurs croyances erronées (la date d'ovulation des manuels scolaires, le risque de stérilité...), ou espèrent, « croisent les doigts pour que ça n'arrive pas ».

Devoir se rendre dans une pharmacie dans le délai imparti, « venir en urgence raconter son immédiate vie sexuelle »²⁸, sont d'autres obstacles pratiques à l'utilisation de la pilule du lendemain.

La délivrance de contraception d'urgence par l'infirmière scolaire est restée stable en 5 ans, alors que la demande en pharmacie a quintuplé pour la même période²⁹ (IGAS).

²⁷ IGAS, op cit

²⁸ UNAFORMEC, « Contraception d'urgence : craintes injustifiées, attentes déçues », avril 2012

²⁹ IGAS, op cit

En effet les mineures ne sont pas toutes informées de la possibilité de solliciter l'infirmière scolaire. Il faut aussi qu'une infirmière soit présente dans l'établissement, et que le budget soit suffisant pour procéder à l'achat de la contraception d'urgence.

D'autre part, les adolescentes, par manque de connaissance du secret professionnel, redoutent que la famille ou les professeurs soient prévenus.

Il arrive aussi que l'infirmière réoriente la jeune femme vers un médecin ou un centre de planification familiale. Malheureusement l'accès à cette structure en dehors des horaires scolaires s'avère difficile, de même que l'obtention d'un rendez-vous en urgence chez un médecin.

Ce type d'urgence devrait être anticipé par le prescripteur, en parlant systématiquement des solutions de rattrapage lors de la consultation de contraception. On constate encore trop peu de liens entre la contraception d'urgence et la contraception régulière.

C'est d'ailleurs pourquoi l'IGAS recommande de promouvoir la prescription d'une contraception d'urgence en complément de la contraception orale, afin de prévenir l'urgence.

2.4 L'information scolaire sur la sexualité et la contraception

L'éducation à la sexualité est devenue obligatoire depuis 1998, avec la parution d'une circulaire du ministère de l'éducation nationale qui généralise et systématise la démarche d'éducation à la sexualité qui doit être assurée sur tout le cursus scolaire.

La loi de 2001 renforce ces dispositions et aménage (par une circulaire parue en 2003) un cadre de référence pour piloter ce projet dans chaque académie.

Cependant, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, paru en 2009, montre que l'obligation légale d'éducation à la sexualité s'avère très inégalement et partiellement appliquée : l'organisation de séances d'éducation à la sexualité se heurte à des problèmes matériels (disponibilité des locaux, coût) et humains (articulation entre équipe éducative et intervenants extérieurs...). Cela est d'autant plus vrai dans les filières de formation spécifique où les jeunes ne sont présents en établissement scolaire que de manière fractionnée.

Le contenu de l'éducation scolaire à la sexualité fait aussi polémique : les enseignements apportés nécessitent d'avoir une portée éducative pertinente et d'être délivrés par un personnel formé spécifiquement.

Pourtant, les jeunes sont très exposés à la sexualité dans les médias. L'enquête de l'ACSF de 1992 révélait déjà qu'à 18 ans, la moitié des hommes ont déjà vu ou lu des films ou journaux pornographiques. La « consommation » de la pornographie s'est largement diffusée en 20 ans. Une enquête européenne du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel en 2004 montre que 80% des garçons et 45 % des filles de 14 à 18 ans ont déjà vu au moins un film X dans l'année.

Les adolescents pensent y trouver ce qu'il faut faire avec l'autre. Ils prennent les représentations stéréotypées et sexistes des images pour une source d'information sur la sexualité réelle. Cette hyper-sexualisation a une influence sur les comportements et les attitudes des jeunes (expérimentation, multiplication des partenaires..) d'autant plus que les jeunes échangent peu avec des adultes sur la sexualité et encore moins sur les scènes pornographiques qu'ils ont pu voir.

La question de la sexualité dans les médias mobilise peu les pouvoirs publics. On privilégie la communication sur la sexualité en évoquant les risques (IST, VIH), mais la société ne porte pas le même regard sur la sexualité et l'accès à la maternité des adolescentes.

3. Facteurs liés à la survenue d'une grossesse à l'adolescence

Selon C. Le Van³⁰, de nos jours la survenue d'une grossesse à l'adolescence est envisagée comme un problème médico-social.

Depuis les débats qui ont précédé la loi de juillet 2001, l'accent a été mis sur la prévention primaire, l'accès à la contraception et l'éducation à la sexualité.

Les grossesses accidentelles chez les adolescentes ne sont pas uniquement la méconnaissance de la physiologie reproductive ou des méthodes contraceptives, elles peuvent aussi s'expliquer par les particularités sociales et psychologiques de la période adolescente.

C. Le Van décrit cinq types de grossesses adolescentes, selon l'existence ou non d'un désir de grossesse, et l'attitude consciente du risque de grossesse :

- la grossesse rite d'initiation : le désir de grossesse n'est pas associé au désir d'enfant. Il s'agit d'une prise de risque volontaire, parfois dans la continuité d'autres conduites à risque. Il peut s'agir d'un moyen de communication dans leur relation de couple ou encore dans leur famille ;

³⁰ C. Le Van, op cit

- la grossesse S.O.S. est ici un moyen non programmé d'exprimer leur mal de vivre à leur entourage ;
- la grossesse insertion et la grossesse identité : les jeunes femmes, souvent déscolarisées, veulent volontairement par la grossesse acquérir un statut social, à défaut de s'insérer par le travail ;
- la grossesse accidentelle.

Pour le Professeur M. Uzan³¹, il existe trois types de comportements psychologiques et sexuels pouvant conduire l'adolescente à débiter une grossesse :

- la grossesse comme projet de couple au sein d'une structure familiale, concernant dans la majorité des cas des femmes étrangères chez qui le mariage précoce est culturel ;
- la grossesse accidentelle d'une jeune adolescente scolarisée, vivant chez ses parents, survenant par naïveté ou ignorance, par inaptitude à utiliser des moyens contraceptifs ;
- la grossesse comme projet social, pour se valoriser, obtenir un statut social chez une adolescente en échec scolaire, en rupture avec sa famille.

L'unité d'éducation à la santé RESO³² a tenté de classer les facteurs pouvant influencer la survenue d'une grossesse à l'adolescence :

3.1. Facteurs cognitifs liés à l'adolescence

Les jeunes se déclarent bien informés en matière de sexualité et de contraception³³.

Dans cette enquête 70% des jeunes femmes interrogées ont reçu des informations sur la sexualité et la contraception à l'école. Les adolescentes ont des connaissances, notamment grâce l'éducation scolaire à la sexualité et à la multiplication des campagnes médiatiques autour de la contraception.

³¹ Uzan M., « Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes », 1998

³² Unité RESO, unité d'éducation pour la Santé, Université catholique de Louvain

³³ Baromètre santé 2005

Cependant ces connaissances ne sont pas toujours mises à profit.

Elles sont d'ailleurs confrontées aux **fausses croyances**, souvent véhiculées par les pairs.

Par exemple, en classe de troisième, deux tiers des jeunes filles pensent que les premiers rapports sexuels ne sont pas féconds.

Les trois quarts sont persuadées qu'il est impossible d'être fécondée lorsqu'on a un rapport pendant les règles. C'est d'ailleurs la raison invoquée par deux jeunes femmes de l'enquête interrogées sur l'absence de contraception lors du rapport sexuel.

Ces fausses croyances sont un obstacle à la contraception (peur d'être stérile, peur de grossir).

Le **manque de connaissances** sur les différentes méthodes contraceptives et leur bonne utilisation est souvent constaté.

Selon l'ORSHN³⁴, près de neuf jeunes sur dix déclarent avoir reçu des informations sur la contraception à l'école. La moitié des jeunes les ont reçues en dehors de l'école : les 2/3 à la maison, auprès du médecin traitant pour 38% et 8% à la pharmacie.

Un jeune sur dix ne parle de sexualité avec personne. Les élèves des lycées professionnels apparaissent comme plus isolés pour dialoguer sur la sexualité.

Ceux qui en discutent, le font en majorité avec leurs copains (80% des filles), puis avec leurs parents (46%) puis avec la fratrie (28% des filles). Le médecin traitant est essentiellement cité par les filles (20%, contre 6,9% pour les garçons).

Une majorité de jeunes (59%) peuvent citer d'autres moyens de contraception que la pilule et le préservatifs, cependant la proportion varie selon le type d'établissement scolaire fréquenté : ainsi les jeunes en apprentissage ou en lycée professionnels déclarent moins souvent connaître d'autres moyens que les jeunes des lycées généraux et technologiques.

Le comportement contraceptif des adolescents est aussi influencé par **leur représentation de la sexualité**.

Selon l'enquête Analyse du comportement sexuel des jeunes (ACSJ), pour les filles le sentiment amoureux légitime le premier rapport sexuel.

Leur vision de l'amour romantique se heurte à l'aspect technique des moyens contraceptifs et peut justifier l'absence de contraception.

³⁴ ORSHN, « Contraception et IVG chez les jeunes 15-18 ans en Haute-Normandie » juin 2009

L'attachement au partenaire les conduit parfois à accepter le rapport pour faire plaisir au garçon, pour ne pas le perdre. Comme on le voit dans l'étude, il leur est difficile de refuser le rapport sexuel, ou d'imposer le préservatif.

Enfin il ne faut pas méconnaître l'existence des rapports sexuels forcés.

3.2. Facteurs psychologiques

- Le besoin de vérifier l'intégrité corporelle :

Avec la puberté, l'adolescent accède à une sexualité génitale. Il s'interroge alors sur la fonctionnalité de ses organes et leur normalité.

Pour les garçons la réponse à ces questions apparait plus facilement.

Comme l'explique le Professeur de psychiatrie de l'adolescent Daniel Marcelli, la visibilité des organes et la succession érection/masturbation/éjaculation, suffisent au garçon « la crainte sur la fertilité ne se pose pas véritablement »³⁵.

Pour les filles, le questionnement sur la conformité des organes de reproduction demeure malgré la masturbation ou les relations sexuelles. Aussi ce questionnement abstrait peut se transformer en interrogations plus concrètes : « puis-je avoir un enfant », « j'ai envie d'un gros ventre », symboles de grossesse et de bébé potentiel comme le souligne D. Marcelli.

- Le manque d'estime de soi :

Pour Marcelli, une mauvaise estime de soi dans l'enfance et l'adolescence (liée aux carences affectives et éducatives par exemple) est corrélée à la parentalité précoce. A cela s'ajoutent la rupture scolaire, les conduites agressives et les consommations abusives.

Selon lui, la grossesse à l'adolescence fait aussi partie des prises de risques, mettre son corps en danger, tout comme avec les tentatives de suicide, les troubles du comportement alimentaire, la prise de toxiques...

³⁵ Marcelli D. « Adolescence Grossesse et Sexualité, une douloureuse conjonction » Actes du colloque Grossesse et Adolescence, Poitiers, décembre 2000

- Désir de grossesse, désir d'enfant :

Parfois la grossesse peut être désirée de manière plus ou moins consciente, par le fait de ne recourir volontairement à aucun moyen de contraception, ou par un acte manqué (oubli de pilule).

Certaines jeunes femmes s'empressent de faire un test de grossesse dès les premiers jours de retard de règles. Ces grossesses imprévues surviennent pourtant après un comportement contraceptif à haut risque.

Pour C. Le Van³⁶ : « sitôt la grossesse déclarée, ces adolescentes rejettent l'idée d'une potentielle maternité. Tout ce passe comme si elles désiraient être « un peu » enceintes. »

C. Le Van recense différentes motivations au désir de grossesse des adolescentes :

La grossesse et le partenaire :

- Dans certains cas le désir de grossesse est un désir du couple. Le partenaire joue un rôle important dans la décision de poursuivre ou non la grossesse. Pour certains d'entre eux la paternité potentielle est un moteur, un moyen de prouver qu'ils peuvent être des adultes responsables.
- Le désir d'enfant est dans d'autres cas dirigé vers le partenaire pour tester ses sentiments, obtenir une preuve d'amour. La survenue de la grossesse est pour les adolescentes un moyen de se lier à l'autre pour la vie. Mais l'enfant potentiel n'est qu'un lien symbolique. Il n'y a pas de désir d'enfant.
- La grossesse a parfois pour but d'officialiser le couple, entre les partenaires pour se prouver leur engagement, et auprès de leur famille pour légitimer leur union, « un moyen de dire à l'entourage que l'adolescente aime véritablement un garçon ».

La grossesse et la famille :

La survenue d'une grossesse chez une adolescente est aussi un moyen de communiquer avec l'entourage familial.

La « grossesse S.O.S » est un appel au secours. En réaction à un système éducatif trop rigide, à un manque de structure familiale (divorce) ou à des carences affectives (maltraitance) la grossesse est une manière d'exprimer leur mal de vivre.

L'enfant à naître peut avoir pour mission de combler un manque affectif, lorsque l'adolescente en détresse pense ne plus rien obtenir de sa famille.

³⁶ C. Le Van, op cit

Il peut aussi s'agir d'une provocation au même titre que d'autres conduites à risque, pour susciter l'intérêt de l'entourage. Cette « grossesse rite d'initiation » est alors une forme de conduite délinquante comme la consommation de drogues.

- La perception du risque, la prise de risque :

On est frappé de remarquer dans notre étude que les adolescentes ne mesurent pas toujours le risque de grossesse auquel elles s'exposent en n'utilisant pas de moyen contraceptif.

La sexualité adolescente est souvent caractérisée par des rapports sexuels non prévus ou mal anticipés. Ainsi la question de la contraception se pose au moment de l'acte.

Le manque d'assurance des adolescentes, la peur du rejet par le partenaire les empêche parfois de suggérer l'utilisation d'un contraceptif, comme le préservatif. Celui-ci est d'ailleurs souvent considéré comme « l'affaire des garçons ».

Le goût du risque, l'insouciance propre à l'adolescence sont aussi des raisons expliquant l'absence de contraception. Loignon³⁷ nomme d'ailleurs comme « pensée magique », le fait que ces adolescentes ont conscience du risque de grossesse mais « croisent les doigts », pensent que « ça » ne leur arrivera pas. L'adolescence est en effet marquée par le sentiment de toute-puissance, d'invulnérabilité.

3.3. Facteurs liés à l'environnement économique, social et culturel

- L'environnement économique :

Une situation économique précaire est un frein à l'accès aux soins. Le coût d'une consultation médicale peut être problématique, surtout quand la jeune femme craint d'utiliser la carte vitale pour ne pas éveiller les soupçons des parents. De même le manque de ressource financière est une contrainte non négligeable dans le choix de la méthode contraceptive : une pilule remboursée est plus facilement prescrite pour cette raison, alors que d'autres moyens de contraception (patch, anneau vaginal) pourraient mieux correspondre au mode de vie des adolescentes.

³⁷ Loignon cité dans « Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature » UCL RESO, juin 2006

- L'environnement social :

Une mauvaise intégration sociale, un faible niveau d'études encouragent certaines adolescentes à désirer une grossesse dans le but d'obtenir un statut social, un rôle reconnu dans la société. Elles se sentent valorisées par leur grossesse auprès de leur entourage.

C'est la « grossesse insertion » selon C. Le Van. Cette grossesse est souvent un projet de longue date, pour pallier les carences matérielles et affectives qu'elles ont connues.

Leur faible niveau d'études ne leur permettent pas d'avoir des ambitions professionnelles, la grossesse apparaît alors être le seul moyen de s'insérer dans la société en devenant mère et d'acquiescer un statut d'adulte. Elles reproduisent d'ailleurs parfois le schéma familial.

- L'environnement culturel :

Certains principes culturels ont un impact sur la sexualité des adolescents.

Plus particulièrement, certaines jeunes femmes nées en France, originaire de familles issues de l'immigration, sont confrontées à deux modèles culturels. Des tabous persistent autour de la sexualité, n'encourageant pas le recours et l'accès à une contraception dans les meilleures conditions. Souvent la prise d'un contraceptif se fait de façon dissimulée, la pilule est cachée chez une copine, ce qui ne permet une prise rigoureuse et donc efficace de la contraception.

3.4. Facteurs liés à l'entourage

Le rôle de la famille

Les parents peuvent avoir une influence positive sur le comportement contraceptif des adolescents. En effet l'information par les parents multiplie par deux le recours à la contraception lors du premier rapport sexuel³⁸.

Dans l'enquête de l'ORSHN, les jeunes hauts-normands parlent sexualité avec leurs parents, la mère est l'interlocutrice privilégiée :

- 37% garçons et 29% des filles disent qu'il est facile de parler à leur père.

³⁸ I.Nisand, Toulemon L. « Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures », Rapport pour le HCPF, décembre 2006

- 61% garçons et 52% filles avec leur mère.

En revanche un environnement familial hostile aux questions de sexualité, peu disponible, favorisent la non-communication et la culpabilité des jeunes. Ils se retrouvent seuls à gérer leur contraception.

Le rôle des pairs :

Les adolescentes parlent facilement de sexualité et de contraception avec leurs amies. C'est un moyen pour elles d'échanger leurs expériences. Les pairs ont un rôle positif (faire connaître le planning familial, la pilule du lendemain..) ou au contraire négatif (véhiculer des fausses croyances).

Le rôle du partenaire :

Selon Loignon³⁹, la stabilité de la relation influence le recours à contraception. Le climat de confiance qui s'établit permet une meilleure communication au sein du couple à l'égard de la sexualité et de la contraception.

Le partenaire est aussi plus impliqué dans le choix de la contraception et son utilisation. En revanche, la transition entre préservatif et contraception médicale au sein d'un couple stable pose encore problème.

Le partenaire peut aussi influencer le désir de grossesse chez l'adolescente. Certaines désirent une grossesse pour garder un partenaire, comme nous l'avons vu plus haut.

³⁹ Loignon, op cit

CONCLUSION

Le dernier rapport relatif à la contraception chez les jeunes a été remis par le Professeur I. Nisand, gynécologue, au gouvernement en février 2012.

Pour tenter de freiner la hausse ces vingt dernières années du taux d'IVG chez les mineures en France, 18 propositions y figurent comme la gratuité de la contraception pour les mineures, la constitution de ressources humaines pour l'information à la sexualité en milieu scolaire.

Le loi pour le financement de la sécurité sociale pour 2013 a été votée en novembre 2012 et prévoit la gratuité pour l'acquisition de certains contraceptifs (ceux déjà pris en charge par la sécurité sociale) pour les mineures âgées d'au moins 15 ans, ainsi que la suppression de toute participation financière de l'assurée pour les actes liés à l'interruption volontaire de grossesse. Cette loi s'inscrit dans programme d'action que le Gouvernement envisage en matière d'éducation à la sexualité et d'information sur la contraception.

A travers cette étude, on constate que l'absence ou le mauvais usage d'une méthode contraceptive est le plus souvent à l'origine d'une grossesse non prévue.

Pourtant il serait illusoire de croire qu'une maîtrise totale de la fécondité est possible.

On ne peut résumer la survenue d'une grossesse à l'adolescence au seul échec contraceptif.

De multiples facteurs influencent leur sexualité et leur comportement contraceptif.

On peut promouvoir la contraception en informant de manière plus efficace les adolescentes mais il semble plus difficile de modifier les facteurs psycho-sociaux inhérents à cette période troublée qu'est l'adolescence.

Il semble primordial de reconnaître la sexualité des adolescents et de les informer de façon adaptée le plus tôt possible.

Les adultes qui encadrent les jeunes (parents, enseignants, soignants...) ont un rôle à jouer dans l'éducation. Le médecin généraliste apparaît comme la personne de choix pour repérer les interrogations, les doutes ou craintes de l'adolescente et l'informer de manière efficiente puisqu'il connaît l'environnement dans lequel elle grandit.

Dans son rapport, le Professeur Nisand évoque d'ailleurs la création d'une première consultation de contraception de l'adolescent. Cette consultation, qui pourrait bénéficier d'une majoration de rémunération au même titre que d'autres consultations spécifiques de dépistage

(priorités de santé publique), permettrait au médecin généraliste et à ses patients adolescents de se rencontrer et d'échanger autour de la sexualité.

BIBLIOGRAPHIE

Alvin P., « Sexualité et grossesse à l'adolescence : entre nature et culture », La revue du Praticien, n°52, 2002.

Alvin P., Marcelli D. Grossesse et Adolescence, Médecine et Santé de l'Adolescent, actes du colloque, Poitiers, décembre 2000

ANAES Recommandations pour la pratique clinique - Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme – décembre 2004

ANAES, Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines, mars 2001, actualisation des recommandations (HAS) décembre 2010

Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., Lehr-Drylewicz AM., Imbert P. Letrillart L., « Introduction à la recherche qualitative », Exercer la revue française de médecine générale, Volume 19 N°84, 2008

Aubin C., Jourdain Menninger D., Inspection générale des affaires sociale « La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence », octobre 2009

Aubin C. , Jourdain Menninger D., Inspection Générale des Affaires Sociales, « Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 », rapport de synthèse, octobre 2009

Auvray L., Le Fur P. « Bulletin d'information en économie de la santé, Adolescents : état de santé et recours aux soins », CREDES, mars 2002

Bajos N., Durand S. « Comportements sexuels et reproductifs des adolescents comparaison entre pays développés, Etude pour la France », Occasionnel report n°9, novembre 2001

Bajos N., Ferrand M., Léridon H. et Moreau « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? », Population et Sociétés, INED, décembre 2004

Baromètre Santé Jeunes 1997-1998

Baromètre santé 2005

Berrewaerts J., Noirhomme-Renard F., « Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ? » UCL RESO, juin 2006

Binder P. « Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? » La revue du praticien, 2005

Bizouard P. et Duvergner P., relecture JP Raynaud « Sexualité normale et ses troubles chez l'enfant et l'adolescent », Université médicale virtuelle francophone, 2008

Cafilisch Marianne, « Etapes du développement à l'adolescence », Paediatrica Vol. 19 No.2, <http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/paediatrica/vol19/n2/pdf/21-23.pdf>, 2008

Coin-Bariou L., « Grossesse à l'adolescence : événement de vie, avènement d'un sujet » Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine qualification en psychiatrie, septembre 2005

Daudigny Y., Demontes C., Godefroy JP., Kerdraon R., Pasquet I., Sénateurs, Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, Tome VII, Examens des articles, décembre 2012.

Doisneau L., « Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? », Population et Sociétés, numéro 361, octobre 2000

Enquête de l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA, « Les comportements sexuels des jeunes de 15 à 18 ans », avril 1995

Faucher Ph., « Interruption volontaire de grossesse à l'adolescence ». www.ancic.asso.fr/documents/gm035faucher.pdf

Gallais J.L., Malouli A., « Contraceptions des adolescents : places et leviers spécifiques de la Médecine générale », SFMG – décembre 2010

Gallois P. Le Noc Y. et Vallée JP. « Contraception d'urgence et IVG chez l'adolescente » Unaformec, avril 2012

Hudelson P. « La recherche qualitative en médecine de premier recours » Revue médicale suisse, n° 503, septembre 2004

INED, « A quel âge a-t-on ses premiers rapports sexuels en France ? », Fiche d'Actualité scientifique, numéro 5, novembre 2000

INED, « Les filles sont pubères de plus en plus tôt », Fiche d'actualité scientifique, numéro 1, novembre 2000

INED « L'avortement dans le monde », Fiche pédagogique, 2003

INPES, « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit », Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, septembre 2007

INSERM-INED, « Synthèse de l'enquête COCON (2000-2004) » Unité 822, mars 2008

Ipsos Santé pour la fondation Wyeth, Résultats de l'enquête quantitative « Médecins face aux adolescents : quels enjeux, quelles difficultés, quels besoins pour améliorer la prévention des risques auprès des adolescents ? », mars 2006

Kafé H. et Brouard N., Population et Sociétés « Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? », octobre 2000

Le Van C., « Les grossesses à l'adolescence - Normes sociales, Réalités vécues », 1998

Léridon H. et Régnier Loilier A., « La loi Neuwirth quarante ans après : une révolution inachevée ? » Population et sociétés, novembre 2007, INED numéro 439

Ministère de la jeunesse et des solidarités actives, Les chiffres-clés de la jeunesse, septembre 2010

Naves M.-C., Sauneron S., « Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? », *Note d'analyse* n° 226 (premiers résultats du baromètre santé 2010), Centre analyse stratégique - juin 2011

Nisand I., Toulemon L. et Fontanel M., Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures, Haut Conseil de la population et de la famille – 2006

Nisand I., « Et si on parlait de sexe à nos ados ? Pour éviter les grossesses non prévues chez les jeunes filles. » Rapport remis à Jeannette Bougrab, Ed Odile Jacob, Février 2012

Observatoire Régional de la santé de Haute-Normandie – Contraception et IVG chez les jeunes 15-18 ans en Haute-Normandie – juin 2009

Pison G., « Les maternités précoces en recul dans le monde », Population et Sociétés, numéro 490, INED, juin 2012

Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale « A quelles conditions la contraception d'urgence pourrait-elle diminuer le recours à l'IVG ? », UNAFORMEC, bibliomed, juin 2005

Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale, « La consultation pour la première contraception » UNAFORMEC, Bibliomed, septembre 2011

Uzan M., « Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes », Rapport du chef de service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Jean Verdier à Bondy, France, 1998

Vilain A., « Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009 », *Études et Résultats*, DREES, n°765 – 2009

Vilain A. « Les interruptions volontaires de grossesse en 2010 », DREES, juin 2012

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien

Bonjour, je suis interne en médecine générale et je prépare ma thèse sur les interruptions volontaires de grossesse chez les jeunes femmes mineures. Acceptez-vous de répondre à quelques questions.

L'entretien est anonyme.

Epidémiologie

Quel âge avez-vous ?

En quelle classe, sinon que faites-vous dans la vie (travail ?)

Où habitez-vous ?

Vos parents sont-ils mariés ? séparés ?

Quel est leur métier ?

Père =

Mère =

Avez-vous des frères et soeurs ? Où vous situez-vous (rang) dans la fratrie ?

De quelle nationalité ou origine êtes-vous ? Vos parents ?

Vie personnelle

Etes-vous en couple ? Célibataire ?

Depuis combien de temps êtes-vous en couple ?

Si séparés : est-ce à cause de la découverte de la grossesse ?

Quel âge a votre partenaire ?

Que fait-il dans la vie (études, métier..., niveau scolaire)

Est-il informé de la grossesse ?

Si oui, Quel est son opinion ?

Si non, pourquoi ?

Vos parents sont-ils au courant de votre relation ?

Présence du partenaire à l'entretien avec la conseillère conjugale =

Personne accompagnante présente à la consultation sociale =

Antécédents

Avez-vous des problèmes médicaux particuliers ? gynécologiques ?

S'agit-il de votre première grossesse ?

Savez-vous si votre mère ou votre(vos) soeurs ont déjà eu une IVG par le passé ?

Oui/non/ne sait pas.

Avez-vous déjà eu des problèmes d'anorexie ? de boulimie ?

Avez-vous déjà pris des médicaments pour le moral, une dépression ?

Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? Pouvez-vous m'en parler ?

Est-ce que vous fumez ?

Consommez-vous d'autres choses comme de l'alcool ? du cannabis ? d'autres drogues ?

oui/non/lesquelles

A quelle fréquence ?

A quel âge avez-vous eu vos premiers rapports sexuels ?

Contraception

Avez-vous une contraception ?

Si non pourquoi ?

Si oui laquelle ? depuis quand ?

Si c'est une contraception chimique =

Qui vous l'a prescrite ?

Vous l'êtes-vous procurée ? Si non, pourquoi ?

L'avez-vous choisie ?

Rencontrez-vous des difficultés pour vous la procurer ? si oui pourquoi ?

Vos parents sont-ils au courant que vous prenez une contraception ? si non pourquoi ?

Utilisez-vous d'autres moyens de contraception ? préservatifs ? retrait ?

Connaissez-vous la contraception d'urgence ou « pilule du lendemain » ?

Savez-vous où vous la procurer ?

Y avez-vous eu déjà recours ?

Plusieurs fois ?

Et cette fois ?

Vos parents sont-ils au courant ?

Avez-vous eu des informations sur la sexualité et la contraception à l'école ?

Oui/non

Connaissiez-vous la planification familiale avant d'y venir ? et son rôle ?

Découverte de la grossesse

Pourquoi pensez-vous que vous êtes tombée enceinte ?

Accident préservatif ? oubli de pilule ? Rapport non protégé ... ?

Comment avez-vous découvert votre grossesse ? (réponse libre et retranscrite)

IVG

Pourquoi souhaitez-vous une IVG ?

Vos parents sont-ils informés de la grossesse ? de votre demande d'IVG ?

Votre partenaire ? Qu'en pense-t'il ?

Avez-vous choisi la personne qui va vous accompagner dans vos démarches ?

Que pensez-vous de la situation, que ressentez-vous ?

Je vous remercie de m'avoir accordé du temps, avez-vous des questions ?

Données recueillies dans les dossiers médicaux a posteriori :

Personne majeure accompagnante choisie

Terme de la grossesse lors de l'entretien social

IVG réalisée ? oui/non

Terme de la grossesse lors de l'IVG

Méthode de l'IVG

Délai entre découverte de la grossesse et demande d'IVG

Délai entre découverte de la grossesse et réalisation de l'IVG

Complications post IVG ?

Contraception post IVG prescrite ?

Consultation de contrôle post IVG faite ?

Annexe 3 : Recommandations des techniques utilisables pour une IVG selon l'âge gestationnel

ANAES, « Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines » (mars 2001, mise à jour des recommandations en décembre 2010).

Jusqu'à 7 SA révolues : les deux techniques, chirurgicales et médicales, sont utilisables selon les disponibilités et le choix de la patiente (la technique chirurgicale expose à un risque d'échec moindre que la technique médicale mais le risque d'échec est plus important à cet âge gestationnel que plus tardivement).

A 8^e et 9^e SA : les deux techniques sont utilisables. Pour la technique chirurgicale, une préparation cervicale médicamenteuse est recommandée chez la patiente

De la 10^e à la 12^e SA : la technique chirurgicale est la technique de choix avec une préparation cervicale médicamenteuse préalable.

13^e et 14^e SA : la technique chirurgicale est la technique de choix. L'évacuation utérine repose sur l'aspiration à l'aide d'une canule et sur l'utilisation de pinces spécifiques quand cela est possible. Cette technique requiert une formation spécifique. Une préparation cervicale médicamenteuse est recommandée.

Résumé :

La survenue de grossesses non prévues chez les adolescentes est un enjeu majeur de santé publique d'autant plus que l'on constate depuis dix ans, une hausse du taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les mineures.

L'objectif principal de l'étude est d'étudier les aspects psycho-sociaux des adolescentes demandant une IVG. L'objectif secondaire est d'étudier leur couverture contraceptive.

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés réalisés à l'occasion de l'entretien psycho-social obligatoire en pré-IVG des mineures, à la planification familiale d'un hôpital public. Vingt jeunes femmes ont été interrogées.

70% des jeunes femmes interrogées sont en couple, cette vie de couple dure depuis plus de six mois pour la majorité d'entre elles. Pourtant la moitié de l'effectif interrogé n'utilise pas de méthode de contraception lors des rapports sexuels. Seules deux adolescentes ont eu recours à la contraception d'urgence après le rapport à risque. La survenue d'une grossesse non désirée ne se résume pas uniquement à un défaut de contraception. Des facteurs cognitifs et psychologiques inhérents à la période particulière de l'adolescence interviennent. On constate en effet un manque de connaissance et la persistance de fausses croyances sur la sexualité et la contraception chez les adolescentes. Il existe parfois un désir inconscient de grossesse pour vérifier l'intégrité corporelle ou comme moyen de communication avec l'environnement familial ou social. La prévention de l'IVG chez les mineures passe avant tout par la reconnaissance sociale de la sexualité des jeunes et leur éducation par les professionnels qui les entourent. Grâce à son statut qui le place au centre de la problématique socio-familiale, le médecin généraliste est un des acteurs-clés capable de répondre aux attentes et aux besoins spécifiques de ses jeunes patientes.

Mots-clés

Adolescentes

Interruption volontaire de grossesse

Contraception

Sexualité

Prévention

Médecin traitant