



HAL
open science

Étude des facteurs influençant la mineure dans le choix de la méthode d'interruption volontaire de grossesse : étude prospective au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

Laure Lagardère-Bechereau

► To cite this version:

Laure Lagardère-Bechereau. Étude des facteurs influençant la mineure dans le choix de la méthode d'interruption volontaire de grossesse : étude prospective au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01015404

HAL Id: dumas-01015404

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01015404>

Submitted on 26 Jun 2014

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.

Université Bordeaux 2 – Victor Segalen

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014

N° 19

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR en MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Laure LAGARDERE épouse BECHEREAU

Née le 07 Juillet 1983 à Bordeaux

Le 17 Mars 2014

**ETUDE DES FACTEURS INFLUENCANT LA MINEURE DANS LE
CHOIX DE LA METHODE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE : étude prospective au Centre Hospitalier Universitaire de
Bordeaux**

Directeur de thèse

Madame le Docteur Sandrine Frantz-Blancpain

Rapporteur

Monsieur le Professeur Jean-Luc Brun

Jury

Madame le Professeur C. Mathieu

Monsieur le Professeur B. Gay

Monsieur le Professeur J-L. Brun

Madame le Docteur K. Rouget

Madame le Docteur S. Frantz-Blancpain

Présidente

Juge

Juge

Juge

Juge

Remerciements

Madame le Professeur Claudine Mathieu,

Professeur des universités

Praticien Hospitalier

Gynécologie

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse et de la présider.

Votre présence me rappelle mes premières années sur les bancs de la faculté.

Veillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance et de mon respect.

Monsieur le Professeur Bernard Gay,

Professeur des Universités

Médecine générale

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse et d'apporter votre vision globale de clinicien.

Permettez-moi de vous exprimer ma reconnaissance pour avoir accepté de juger mon travail.

Monsieur le Professeur Jean-Luc Brun,

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Gynécologie-obstétrique

Je vous suis reconnaissante d'avoir évalué ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

Madame le Docteur Kathalyn Rouget,

Docteur en médecine

Praticien hospitalier

Gynécologie médicale

Je vous remercie de juger ce travail et d'apporter votre expertise sur ce sujet.

Recevez l'expression de toute ma reconnaissance.

Madame le Docteur Sandrine Frantz-Blancpain,

Docteur en médecine

Praticien hospitalier

Gynécologie médicale

Ce travail n'aurait pu voir le jour sans votre aide.

Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet de thèse et d'avoir dirigé ce travail.

Je tiens à vous remercier pour votre disponibilité, votre accompagnement et vos conseils.

Veillez accepter mes remerciements les plus sincères.

Au **Dr BARATCHART** de l'ARS et sa collaboratrice **TAUZIN Charlotte** pour leur aide.

A **Mme DESCHAMPS**, cadre du service d'orthogénie, pour son accueil et sa disponibilité.

A ma famille,

A **Franck** : à tout ce que nous avons vécu pendant toutes ces années, qui nous ont fait grandir et qui fait que nous en sommes arrivés là aujourd'hui. Merci d'avoir toujours été à mes côtés. A ce lien si fort qui nous unit. A notre famille que nous formons et que nous continuons à agrandir. Et enfin à tout ce qui nous attend à l'avenir.

A **Jules** : mon adorable fils, tu as changé notre vie bien plus que je ne pourrais le dire ... à toi qui n'a pas facilité la rédaction de cette thèse !

A **mes parents** : qui m'ont soutenue pendant ces longues années d'études, et cela n'a pas toujours été de tout repos... Merci pour votre soutien.

A **ma sœur Marion** : heureusement que l'institut était là pour veiller à l'orthographe ! Le temps nous a rapprochées et nous partageons de super moments. Je te souhaite plein de bonnes choses pour ton nouvel avenir...

A **mes grands-parents Jean-Claude et Janine**, qui n'ont pu se joindre à nous mais qui doivent sûrement être très fiers de leur petite-fille.

A **mon grand-père**, et plus particulièrement à **ma grand-mère**, qui, j'en suis sûre, aurait adoré partager ce moment.

A **Jeannot et Michou**, qui ont toujours été présents à mes côtés.

A ma **tante Maryse**, qui a suivi tout mon parcours.

Au reste de la **famille Lagardère**, mes oncles et tantes, et mes cousins-cousines.

A **mes beaux-parents Monique et Philippe** : qui m'ont connue bien jeune et m'ont vue grandir tout le long de ces années. Merci de m'avoir accueillie aussi facilement dans votre famille et de m'avoir accompagnée pendant toutes ces années.

A **ma belle sœur Caroline**, sans qui la mise en page de ma thèse ne serait sûrement pas la même :), à **David** et à mes adorables neveux et nièces **Pierre, Alban, Jeanne et Sarah**.

A la famille **Chatelet** : **Georges et Simone**, et la **famille paloise** au grand complet : merci pour votre accueil, c'est toujours un réel plaisir de se retrouver tous ensemble.

Au reste de la **famille Bechereau** et la **famille Demund** : vous nous avez accompagnés dans beaucoup d'évènements, merci pour tout. A notre futur voyage en Suisse pour les plus jeunes !

A mes amis,

A **Stéphanie** : depuis les bancs du lycée, tu as toujours été là : que de chemin parcouru ! Il s'en est passé des choses depuis ce temps-là :) je ne te remercierai jamais assez d'avoir toujours été présente et de m'avoir accompagnée dans les moments difficiles comme dans les plus heureux. Belle amitié que la notre qui compte énormément pour moi.

Au reste de la bande : Dao (et oui ! j'aurais toujours du mal à t'appeler Cédric :)) et **Bernard**, aux Nordistes **Claire, Thomas** et les louloutes **Charlotte et Margaux** (et au 3^{ème} à venir !) , à **Ludo** et maintenant **Stéphane**, à **Tanguy** et à **Pierre** : depuis toutes ces années, vous avez toujours été là et vous nous avez soutenu dans les bons et les mauvais moments, que de souvenirs et d'anecdotes vécues avec vous, à tous ces moments passés et à venir... je ne vous le dis sûrement pas assez mais votre amitié m'est vraiment très chère...

A **Tatiana et Benjamin, Brigitte et Fabien** : à ce mariage que nous allons bientôt célébrer pour certains (c'est pas faute d'en avoir parlé en Turquie, hein Ben ? ;)) et au bébé à venir pour les autres. A tous ces moments partagés entre Bordeaux, Toulouse, La Rochelle et la Turquie qui ont été un vrai bonheur pour moi. Aux prochaines vacances qui arriveront très vite j'espère !

A **Laurine** (et nos longues conversations téléphoniques... ;)) et **Hervé, Amandine et Thomas, Claire et David, Anne-Sophie et François** (bon, tu nous le présentes quand ?!), **Kaoutar et Bilal** (que l'on voit trop peu), et à tous les petits loulous qui font que l'on forme une vraie crèche familiale quand on se voit au complet! Et qui n'a pas finie de s'agrandir... Enfin, on a ouvert le chapitre des thèses avec Franck (je ne compte pas Hervé qui avait un peu d'avance sur nous... ;)) : alors maintenant, c'est à vous de jouer les filles !

A **Annabelle et Alain** : à ces années passées sur les bancs de la fac, en espérant vous revoir très bientôt du côté de chez nous !

A **l'équipe niortaise et les rapportés : Léo, Camille et Patrice, Bertrand** (tu vois qu'on peut faire une thèse et un bébé en même temps ! ;)) et **Mireille, Vincent et Danielle** : c'est toujours un vrai bonheur de se voir, c'est incroyable comment à partir d'un groupe de co-internes que vous formiez, vous nous avez inclus si facilement, nous les rapportés ! Un vrai esprit de famille ...

A la **famille Castelao** au grand complet et aux amis belges **Jean-Pierre et Mauricette**, qui ont répondu présents lors des évènements importants. Une grande pensée à vous, même si il n'est pas toujours facile de se voir en raison de la distance qui nous sépare.

A mes maîtres de stage **Christophe et Jean-Marie** qui m'ont beaucoup apporté par leur vision de la médecine générale et leurs précieux conseils.

A tous les autres médecins que j'ai pu rencontrer au cours de ma formation d'interne.

Au cabinet de la rue Gambetta : **Claire, Didier et Vanessa** : vous qui avez suivi mon travail de thèse depuis un petit moment, c'est bon, je suis arrivée au bout ! ;)

A **Valérie** et nos nombreux échanges : je te jure, je ne fais pas exprès de trouver des cas improbables à chaque fois que je viens en remplacement dans le cabinet ! ;)

Enfin, à tous les médecins (que je ne peux tous citer) que je côtoie lors de mes différents remplacements et qui me font apprécier toujours plus la médecine générale.

Table des matières

1	INTRODUCTION	5
2	REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR LES IVG CHEZ LES MINEURES	6
2.1	HISTORIQUE.....	6
2.2	LEGISLATION.....	6
2.2.1	<i>Dans le monde</i>	6
2.2.2	<i>En Europe</i>	7
2.2.2.1	Délais légaux de l'IVG.....	7
2.2.2.2	Particularités de la législation chez la mineure en Europe.....	8
2.2.3	<i>La situation législative en France</i>	9
2.2.3.1	Historique.....	9
2.2.3.2	L'IVG en ville.....	10
2.2.3.3	Les nouveautés concernant les mineures.....	10
2.3	ETAT DES LIEUX.....	11
2.3.1	<i>Dans le monde</i>	11
2.3.1.1	Evolution du nombre des IVG.....	11
2.3.1.2	L'utilisation de l'IVG médicamenteuse dans le monde.....	13
2.3.2	<i>Etat des lieux en France</i>	14
2.3.2.1	Evolution de l'IVG en fonction de l'âge des femmes.....	14
2.3.2.2	Répartition des IVG en fonction de la méthode.....	15
2.3.3	<i>En Aquitaine</i>	16
2.3.3.1	Evolution de l'IVG en fonction de l'âge des femmes.....	16
2.3.3.2	Les IVG chez les mineures.....	17
2.4	DESCRIPTION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES D'IVG.....	19
2.4.1	<i>Déroulement commun aux deux méthodes (18)(19)</i>	19
2.4.1.1	Consultation initiale.....	19
2.4.1.2	L'entretien social.....	19
2.4.1.3	Le délai de réflexion.....	20
2.4.1.4	La réalisation de l'IVG.....	20
2.4.1.5	La consultation de contrôle.....	20
2.4.2	<i>Les modalités de prise en charge</i>	21
2.4.3	<i>La méthode médicamenteuse</i>	21
2.4.3.1	Les molécules utilisées.....	21
2.4.3.1.1	La Mifépristone.....	21
2.4.3.1.2	Le Misoprostol.....	23
2.4.3.2	Le protocole médicamenteux.....	24
2.4.3.2.1	Grossesses de moins de 7 SA.....	24
2.4.3.2.2	Grossesses de 7 à 9 SA.....	25
2.4.3.3	Les contre-indications de l'IVG médicamenteuse.....	25
2.4.3.4	Le lieu.....	26
2.4.3.5	La tolérance.....	26
2.4.3.6	L'acceptabilité.....	27
2.4.3.7	L'efficacité.....	28
2.4.4	<i>La méthode chirurgicale</i>	28
2.4.4.1	Le protocole.....	28
2.4.4.1.1	La préparation cervicale.....	28
2.4.4.1.2	La préparation de la patiente.....	29
2.4.4.1.3	La dilatation.....	30
2.4.4.1.4	L'aspiration.....	30
2.4.4.2	Les contre-indications.....	31

2.4.4.3	Le lieu	31
2.4.4.4	Les complications	32
2.4.4.5	La tolérance	32
2.4.4.6	L'acceptabilité	32
2.4.4.7	L'efficacité.....	33
3	ETUDE PROSPECTIVE CHEZ 118 MINEURES DU CHU DE BORDEAUX ET CHEZ LES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	34
3.1	MATERIELS ET METHODES	34
3.1.1	<i>Notre étude</i>	34
3.1.2	<i>Objectif</i>	34
3.1.3	<i>Les patientes</i>	34
3.1.4	<i>Les professionnels de santé</i>	34
3.1.5	<i>Les données analysées</i>	35
3.1.5.1	Chez les mineures	35
3.1.5.2	Chez les professionnels de santé	35
3.1.5.3	Chez les conseillères.....	35
3.1.6	<i>Analyse statistique</i>	35
3.2	RESULTATS.....	36
3.2.1	<i>Description de la population des mineures</i>	36
3.2.1.1	Caractéristiques socio-professionnelles des mineures	36
3.2.1.2	Raisons de l'IVG	38
3.2.1.3	Information de l'entourage	39
3.2.1.4	Majeur désigné	40
3.2.1.5	Connaissance antérieure de la méthode médicamenteuse	41
3.2.1.6	Technique d'IVG.....	41
3.2.1.7	Terme le jour de l'IVG	42
3.2.1.8	Tolérance/résultats/acceptabilité	42
3.2.2	<i>Analyse des facteurs</i>	42
3.2.2.1	Délais de prise en charge	42
3.2.2.2	Le premier contact au planning familial	43
3.2.2.3	Terme le jour de la consultation	44
3.2.2.4	Raisons du choix de la méthode	45
3.2.2.5	Age de la mineure	46
3.2.2.6	Situation socio-professionnelle.....	46
3.2.2.7	Influence du médecin vu lors de la première consultation	49
3.2.2.8	Influence de l'entourage	49
3.2.2.9	Influence de la connaissance antérieure de la méthode médicamenteuse	51
3.2.3	<i>Les professionnels de santé</i>	51
3.2.3.1	Concernant la méthode d'IVG.....	51
3.2.3.2	Facteurs influençant le choix de la méthode	52
3.2.4	<i>Les conseillères conjugales</i>	52
4	DISCUSSION.....	55
4.1	LIMITES DE L'ETUDE.....	55
4.2	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	56
4.3	LE TERME DE LA GROSSESSE.....	57
4.4	MOTIFS DE LA DEMANDE D'IVG	57
4.5	MOTIFS DE LA MINEURE SUR LE CHOIX DE LA METHODE IVG	58
4.6	INFLUENCE DU PROFESSIONNEL DE SANTE ET SES CONSEQUENCES	59
4.7	INFORMATION DE L'ENTOURAGE	62
4.8	ROLE DE LA MATURITE DE L'ADOLESCENTE	63
5	CONCLUSION	65
	BIBLIOGRAPHIE :.....	66

ANNEXE 1 : DOSSIER MEDICAL CONCERNANT LES MINEURES..... 70
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE POUR LE PROFESSIONNEL DE SANTE CONCERNANT L'IVG CHEZ LA MINEURE..... 76
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE POUR LES CONSEILLERES CONCERNANT L'IVG CHEZ LA MINEURE 77

ABREVIATIONS

AMM : autorisation de mise sur le marché

APA : American psychological association

ARS : Agence régionale de santé

BIG : bulletin d'interruption de grossesse

CPEF : Centre de planification ou d'éducation familiale

CSIS : Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

INED : Institut national d'études démographiques

IVG : interruption volontaire de grossesse

IVG CHIR : interruption volontaire de grossesse chirurgicale

IVG MED : interruption volontaire de grossesse médicamenteuse

PMSI : programme médicalisé des systèmes d'information

RAI : recherche d'agglutinines irrégulières

SA : semaines d'aménorrhée

SAE : statistique annuelle des établissements de santé

T2A : tarification à l'activité

1 INTRODUCTION

En France, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) demeure un véritable problème de santé publique avec environ 225 000 IVG comptées pour l'année 2010. La part des femmes mineures concernées par l'IVG reste stable, mais non négligeable, aux alentours de 12 000 par an.

Toute mineure peut avoir recours à une IVG quelque soit son âge.

Deux méthodes pour réaliser l'IVG lui sont accessibles : la chirurgicale et la médicamenteuse.

Toutes deux sont sûres et efficaces mais présentent chacune leurs complications et leurs échecs.

Il existe très peu d'études françaises ayant pour thème les IVG chez les mineures et plus particulièrement les IVG médicamenteuses, et notamment dans le domaine de la médecine générale.

D'après l'expérience du centre d'orthogénie du CHU de Bordeaux, les mineures ont d'avantage recours à la méthode chirurgicale.

Nous avons donc souhaité comprendre les raisons de ce faible taux d'IVG médicamenteuses et savoir s'il existait des facteurs influençant le choix des adolescentes. La question qui se posait était : est-ce que ce sont les patientes qui ne souhaitent pas la voie médicamenteuse ou ce sont les professionnels de santé qui n'osent pas utiliser cette méthode chez les mineures ?

Une étude prospective, descriptive, chez les mineures, a été réalisée dans le centre d'orthogénie du CHU de Bordeaux afin d'analyser ces facteurs.

Parallèlement, une enquête a été lancée auprès des professionnels de santé d'Aquitaine concernant leurs pratiques de l'IVG chez les mineures afin de déterminer s'ils jouaient un rôle dans le choix de celles-ci.

2 REVUE DE LA LITTERATURE SUR LES IVG CHEZ LES MINEURES

2.1 Historique

Les recherches sur l'IVG par voie médicamenteuse ont commencé dès les années 50.

Des premières études ont utilisé de la progestérone naturelle dans les années 70.

En 1982, la mifépristone, analogue de la progestérone, ou RU-486 fait l'objet d'essais cliniques.

C'est la France en 1988 qui devient le premier pays à commercialiser les produits analogues à la prostaglandine et à la mifépristone pour l'avortement précoce. La commercialisation de la mifépristone a ensuite été autorisée en Europe (Royaume-Uni en 1991, Suède en 1992...) mais également en Chine. Aux Etats-Unis, ce n'est qu'en 1996 que la molécule est listée par l'US Food and Drug Administration et enfin commercialisée en 2000.

2.2 Législation

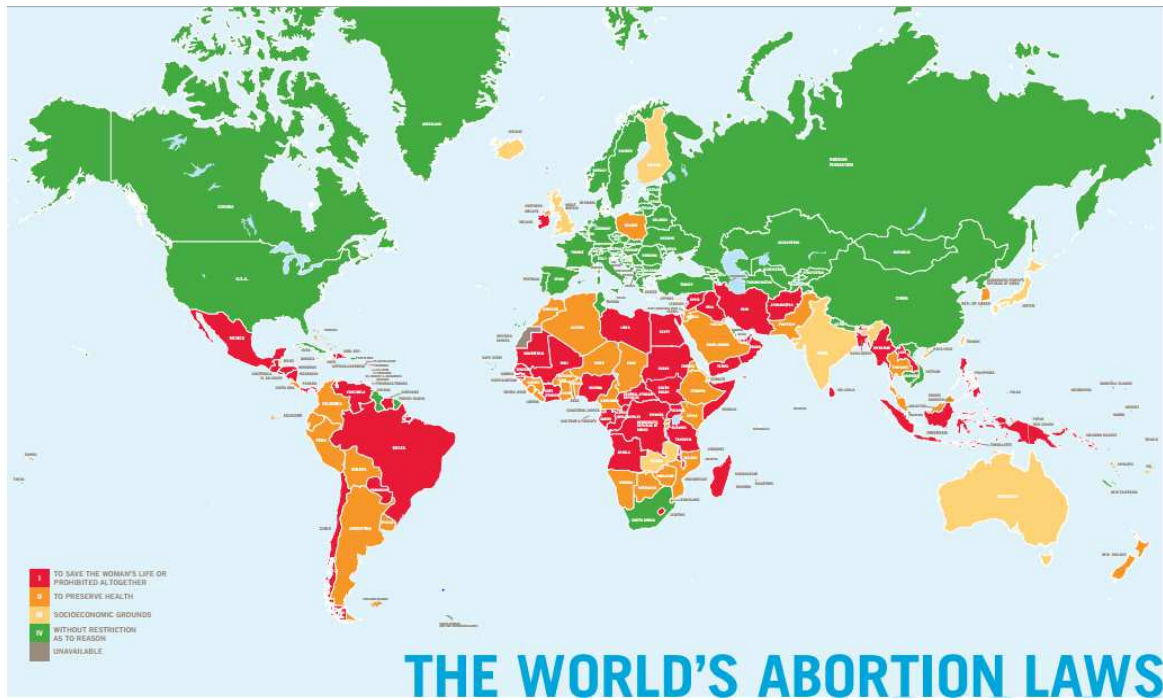
2.2.1 Dans le monde

La légalisation de l'IVG a débuté après la seconde guerre mondiale. Ce sont les pays soviétiques qui ont été les précurseurs dans les années 60. C'est ensuite dans les années 70 que la majorité des pays développés ont décriminalisé l'avortement.

Actuellement, il persiste de grandes disparités continentales quant au droit à l'IVG.

C'est plus particulièrement en Amérique centrale, en Amérique du sud et en Afrique que l'on peut observer que l'avortement est soit interdit soit uniquement autorisé s'il permet de sauver la vie de la mère.(1)

Figure 1: Le droit à l'IVG dans le monde



2.2.2 En Europe

2.2.2.1 Délais légaux de l'IVG

L'IVG est autorisée dans quasiment toute l'Europe en dehors de Malte et de l'Irlande du Nord. Les délais légaux pour recourir à l'IVG diffèrent entre les pays européens mais sont dans l'ensemble plutôt homogènes (figure n°2)(2)

Figure 2 : Délai légal du recours à l'IVG en Europe (en semaines de grossesse)



2.2.2.2 Particularités de la législation chez la mineure en Europe

En ce qui concerne l'IVG chez les mineures et l'autorisation parentale, toute l'Europe n'est pas uniforme.(3)

En France l'autorisation parentale n'est plus obligatoire pour qu'une adolescente puisse interrompre sa grossesse.

En Belgique, le cas des mineures n'est pas expliqué dans la loi. En principe, les mineures ne peuvent donner leur consentement à un traitement médical, et le consentement des parents ou des représentants légaux est obligatoire. Toutefois, le conseil national de l'Ordre des médecins a émis un avis dans lequel il fait une distinction selon que les mineures ont atteint ou non "l'âge de raison". Ce dernier n'est pas exprimé en années, mais dépend de la faculté de discernement de la mineure, qu'il appartient au médecin d'apprécier. Dans la pratique, en matière d'avortement,

l'accord parental ou celui d'une personne de confiance faisant partie de l'entourage de la mineure est exigé pour les mineures de moins de quatorze ans.

En Norvège, en Islande, au Royaume-Uni, en Grèce, en Suisse, aux Pays-Bas, au Portugal, en République tchèque, en Ukraine, le consentement est obligatoire chez les mineures de moins de 16 ans.

Au Danemark, en Italie, en Hongrie, en Espagne, en Estonie, en Arménie, à Chypre et en Bulgarie, ce consentement est indispensable chez les moins de 18 ans.

Il faut noter qu'en Italie, au Danemark et en Arménie, une commission médicale peut se substituer à l'accord parental.

Dans les autres pays, à partir de 14 ou 16 ans, les mineures n'ont pas besoin d'accord parental.

2.2.3 La situation législative en France

2.2.3.1 Historique

En 1955, la loi autorise l'avortement thérapeutique.

Il faudra attendre la loi Veil du 17 janvier 1975(4) pour que l'IVG soit enfin légalisée en France, en autorisant l'avortement sous certaines conditions : une femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse, qui ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse.

A noter que si la femme est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis.

La loi du 31 décembre 1979 rend définitive la loi de 1975.

La loi du 31 décembre 1982 permet le remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale.

Depuis 1989, l'IVG médicamenteuse est autorisée en France.

La loi du 04 juillet 2001(5) apporte de profondes modifications aux précédentes lois dont le terme de l'IVG qui est prolongé désormais jusqu'à 12 semaines de grossesse. Concernant le lieu de l'IVG, celle-ci doit être pratiquée par un médecin exerçant dans un établissement de santé

mais également dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien et un tel établissement, dans des conditions fixées par décret en Conseil. (IVG médicamenteuse à domicile)(6)

2.2.3.2 L'IVG en ville

Depuis la loi du 4 juillet 2001, l'IVG médicamenteuse est réalisable en ville pour des grossesses ne dépassant pas le terme de 49 jours d'aménorrhée, en dehors d'une hospitalisation, dans le cadre d'une convention signée entre un médecin installé dans un cabinet de ville et un établissement de santé.

Ces conditions sont fixées par l'arrêté du 23 juillet 2004.

De plus, le praticien doit justifier d'une expérience professionnelle soit par la pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé soit par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynéco-obstétrique.

2.2.3.3 Les nouveautés concernant les mineures

Les modifications apportées par la loi du 4 juillet 2001 sont importantes.

En effet, si la mineure est non émancipée et désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés. Tout au moins, il doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien social pré-IVG.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée et dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.(7)

La responsabilité de l'accompagnant majeur n'est pas engagée ni au civil ni au pénal.

Son rôle a une mission d'accompagnement dans la démarche: consultation préalable, IVG et consultation de contrôle et de soutien psychologique. Les services administratifs de l'établissement ne peuvent pas exiger la présence de l'accompagnant pour l'admission et/ou la sortie de la mineure.

Toutes les dispositions demandant la présence de l'accompagnant lors de la consultation médicale, de la consultation d'anesthésie ne sont pas prévues par la loi et relèvent de l'excès de droit.

Si la mineure est âgée de moins de 15 ans et que la personne accompagnante est le partenaire sexuel : il encourt une peine de 2 ans d'emprisonnement et une amende (30 000 euros) même si les rapports sont consentis.

Les femmes mineures mariées - émancipées de plein droit par le mariage, et les mineures de plus de 16 ans émancipées par le juge des tutelles n'ont pas besoin de l'accord parental ni d'un majeur.

Le décret n° 2002-799 du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures sans consentement parental en fixe les modalités.

2.3 Etat des lieux

2.3.1 Dans le monde

2.3.1.1 Evolution du nombre des IVG

Les dernières études effectuées à l'échelle mondiale datent de 2008 et recensent 43,8 millions d'avortements dans l'année. Cela concerne 21 % des grossesses totales mondiales.

Après un réel déclin entre 1995 et 2003, ces chiffres restent stables entre 2003 et 2008.

Entre 1995 et 2003, le taux d'avortement (nombre d'avortements par millier de femmes en âge de procréer soit de 15 à 44 ans) a chuté de 35 à 29 pour mille au niveau mondial. Ce taux reste inchangé à 28 pour mille en 2008.(8)

Tableau 1 : Estimations mondiales et régionales de l'avortement

Estimations mondiales et régionales de l'avortement – 1995, 2003 et 2008						
Région	Nbre d'avortements (en millions)			Taux d'avortement*		
	1995	2003	2008	1995	2003	2008
Monde	45,6	41,6	43,8	35	29	28
Pays développés	10,0	6,6	6,0	39	25	24
Hors Europe de l'Est	3,8	3,5	3,2	20	19	17
Pays en développement	35,5	35,0	37,8	34	29	29
Hors Chine	24,9	26,4	28,6	33	30	29
Afrique	5,0	5,6	6,4	33	29	29
Asie	26,8	25,9	27,3	33	29	28
Europe	7,7	4,3	4,2	48	28	27
Amérique latine	4,2	4,1	4,4	37	31	32
Amérique du Nord	1,5	1,5	1,4	22	21	19
Océanie	0,1	0,1	0,1	21	18	17

*Avortements pour mille femmes âgées de 15 à 44 ans.

Source: Sedgh G et al., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, *Lancet*, 2012 (à paraître).

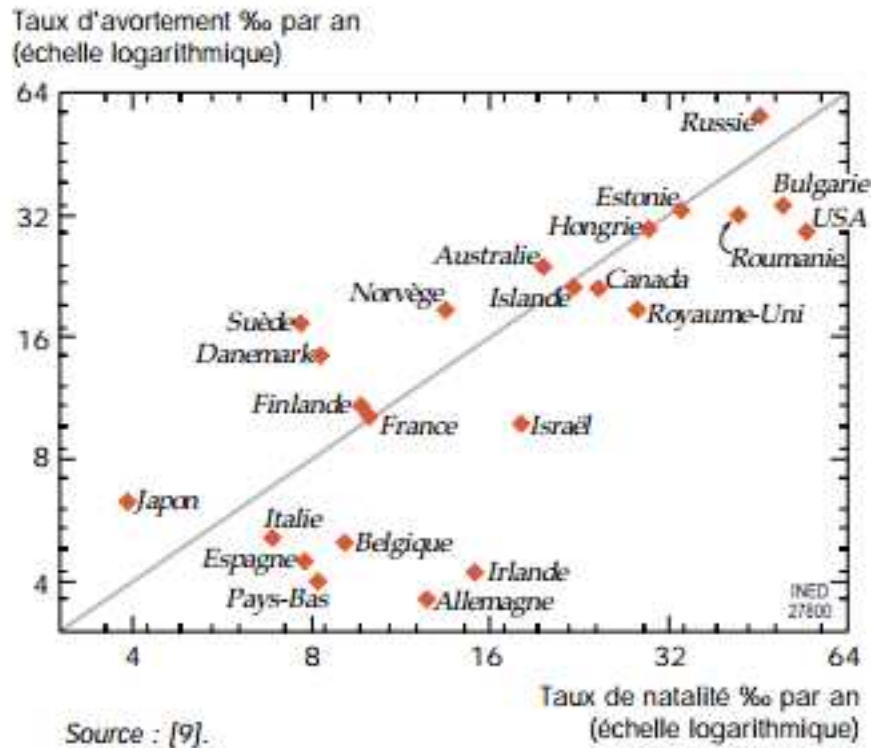
C'est en Asie, en Afrique et en Amérique du Sud que le nombre d'IVG ne cesse de croître. Ceci peut s'expliquer en partie par le fait que la proportion mondiale des femmes vivant dans le monde en développement a également augmenté durant cette période.

L'Europe enregistre dans le même temps le taux d'avortement sous régional le plus bas à 12 pour mille en Europe de l'Ouest et le plus élevé à 42 pour mille en Europe de l'Est. Cet écart reflète la pratique relativement faible de la contraception en Europe de l'Est.

Enfin, dans le monde, on estimerait que 10 % des 40 millions d'avortements provoqués concernent les adolescentes âgées de 15 à 19 ans.

La figure suivante montre les taux d'avortement et de natalité parmi les adolescentes en 1995. On remarque que le France est à l'équilibre entre le taux de natalité et le taux d'avortement.(9)

Figure 3 : Taux de natalité et d'avortement parmi les adolescentes de 15 à 19 ans dans les pays développés vers 1995



2.3.1.2 L'utilisation de l'IVG médicamenteuse dans le monde

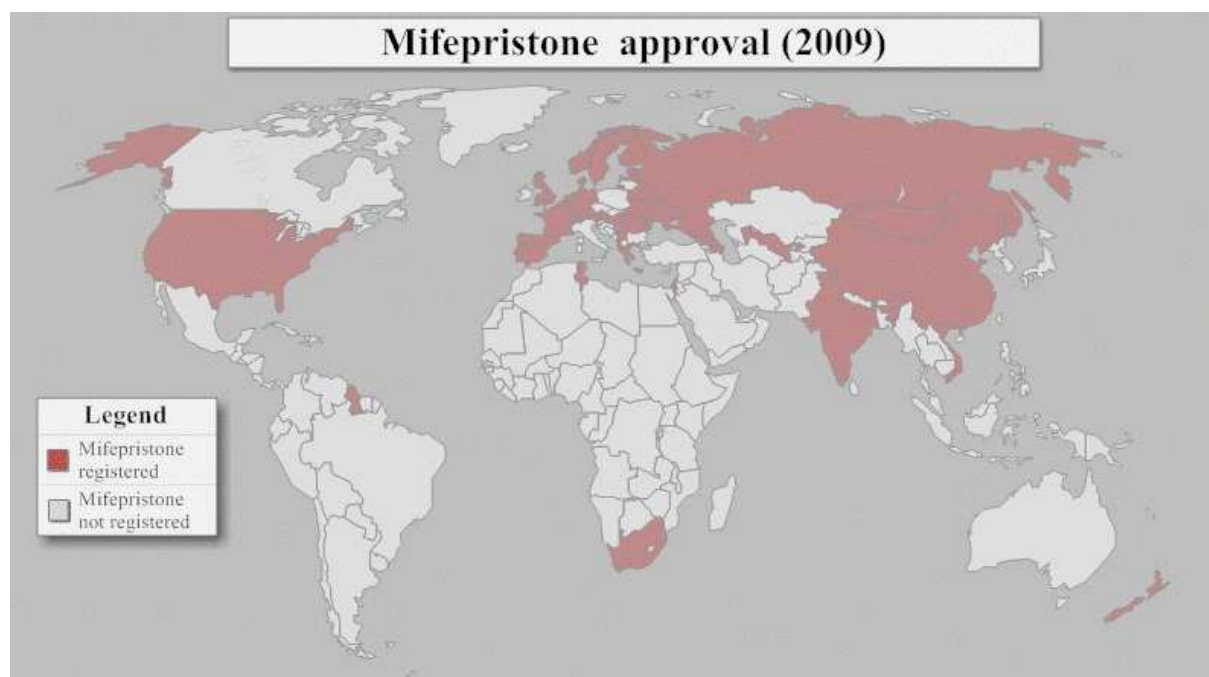
En Europe, 21 pays utilisent la méthode médicamenteuse. En 2002, il est estimé que 51 % des IVG en Suède, 61 % en Ecosse et 18 % au Royaume-Uni sont des IVG médicamenteuses.(10)

En 2008, aux Etats-Unis, le nombre d'IVG médicamenteuses est estimé à environ 25% des IVG.

Nous n'avons pas retrouvé de chiffres estimant le nombre d'IVG médicamenteuses dans le monde.

Il faut noter qu'encore beaucoup de pays n'autorisent pas l'IVG médicamenteuse notamment en Afrique et en Amérique du Sud.(11)

Figure 4 : Pays autorisant l'utilisation de la mifépristone dans l'IVG



2.3.2 Etat des lieux en France

Des rapports faisant état des lieux des IVG sont régulièrement publiés par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Les sources utilisées sont les bulletins d'interruption de grossesse (BIG), la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les données issues du Programme médicalisé des systèmes d'informations (PMSI).(12)

2.3.2.1 Evolution de l'IVG en fonction de l'âge des femmes

En 2010, le nombre d'interruption volontaire de grossesse est estimé à 225 000 par an dont 212 000 en métropole. Le taux de recours à l'IVG est de 15,1 femmes pour 1000 âgées de 15 à 49 ans dans la France entière et de 14,7 pour 1000 dans la métropole.

Ces chiffres restent stables depuis 2006.

Ce sont les femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont le plus fréquemment recours à l'IVG avec un taux de 26,9 femmes pour 1000 en métropole.

Pour les mineures de 15 à 17 ans, après une augmentation en 2006, le nombre d'IVG par an se stabilise à 11 612, soit 5,5% des IVG totales. Le taux de recours calculé est de 10,6 pour 1000 mineures en métropole : ce qui est moindre que pour l'ensemble des femmes de métropole.

Tableau 2 : Evolution du nombre d'IVG et du taux de recours selon le groupe d'âge entre 1998 et 2010

	1990	1999	2006	2009	2010
Total IVG	197 406	196 885	215 390	209 987	211 985
Répartition selon le groupe d'âge					
15-19 ans	22 987	26 563	31 093	29 014	28 838
15-17 ans	8 751	9 642	12 855	11 670	11 612
18-19 ans	14 236	16 922	18 238	17 344	17 226
20-24 ans	46 134	45 111	53 411	52 530	52 687
25-29 ans	46 826	44 029	45 838	46 417	47 361
30-34 ans	40 262	38 088	39 261	36 509	37 566
35-39 ans	28 320	29 057	30 268	30 209	29 798
40-44 ans	11 612	12 337	13 224	12 843	13 235
45-49 ans	922	1 111	1 265	1 417	1 328
15-49 ans	197 063	196 295	214 361	208 939	210 814
Taux de recours (pour 1 000 femmes de chaque groupe d'âge)					
15-19 ans	10,9	13,8	15,8	15,2	15,3
15-17 ans	7,0	8,9	11,0	10,4	10,6
18-19 ans	16,4	21,9	22,9	22,1	22,1
20-24 ans	21,8	24,4	27,3	27,0	26,9
25-29 ans	21,7	20,8	24,1	23,5	24,0
30-34 ans	18,8	17,7	18,7	18,8	19,5
35-39 ans	13,2	13,3	13,9	13,6	13,6
40-44 ans	5,7	5,8	5,9	5,8	6,0
45-49 ans	0,7	0,5	0,6	0,6	0,6
15-49 ans	14,0	13,6	14,8	14,5	14,7

Note - Par rapport à l'Étude et Résultats n° 765, les données pour 2009 ont été actualisées en prenant en compte les 719 IVG réalisées en centre de santé ou centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF).
Champ - France métropolitaine.
Sources - DREES (SAE, PMSI), INSEE (ELP), CNAM-TS (Erasmé).

Il faut préciser qu'il existe une forte disparité entre les différentes régions de France. Les mineures ont plus souvent recours à l'IVG en PACA, Corse, Languedoc-Roussillon, Ile de France, Pas-de-Calais, Picardie et en Outre-mer où les taux sont supérieurs à 12 pour 1000.

Enfin, l'évolution du nombre d'IVG par rapport au nombre de naissances chez les mineures est en faveur de l'IVG. Concrètement, les mineures ont plus souvent recours à l'IVG de nos jours qu'il y a 20 ans.

2.3.2.2 Répartition des IVG en fonction de la méthode

Depuis 2001, le nombre des IVG chirurgicales ne cesse de diminuer.

Les IVG médicamenteuses représentent désormais 55 % de l'ensemble des IVG réalisées en 2011.

Dans les établissements de santé privés et publics, la tendance n'est pas tout à fait la même avec

un taux d'IVG médicamenteuses à 50,1 % dans les établissements publics et 41,5 % dans les privés.(13)

Les IVG médicamenteuses effectuées en ville ou en CPEF continuent de croître.

A noter que nous n'avons pas de chiffre officiel sur le nombre d'IVG médicamenteuses chez les mineures en France.

Tableau 3 : Les IVG selon la méthode et le secteur d'exercice entre 2001 et 2011

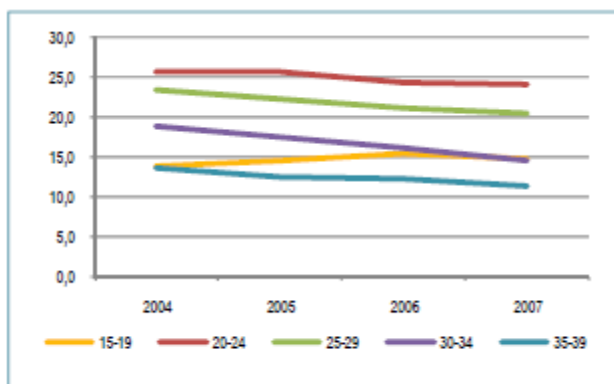
En France métropolitaine		2 001	2 005	2 006	2 007	2 008	2 009	2 010	2 011
Secteur public	IVG chirurgicales	90 450	77 854	79 244	79 849	77 824	75 729	74 517	71 741
	IVG médicamenteuses	44 550	66 320	67 505	68 019	68 209	68 637	71 190	71 967
Secteur privé	IVG chirurgicales	49 713	36 563	33 676	29 289	26 158	25 292	22 876	21 525
	IVG médicamenteuses	17 467	20 566	20 640	17 952	16 629	16 908	16 279	15 276
Ensemble des établissements	IVG chirurgicales	140 163	114 417	112 920	109 138	103 982	101 021	97 393	93 266
	IVG médicamenteuses	62 017	86 886	88 145	85 971	84 838	85 545	87 469	87 243
IVG médicamenteuses en ville			5 008	14 325	18 273	20 427	22 702	25 747	25 704
IVG médicamenteuses en centres de santé ou CPEF							719	1 376	1 647
IVG médicamenteuses en ville tous régimes								27 026	27 077
IVG médicamenteuses en centres de santé ou CPEF tous régimes								1 429	1 705

2.3.3 En Aquitaine

2.3.3.1 Evolution de l'IVG en fonction de l'âge des femmes

Entre 2004 et 2007, le taux d'interruption de grossesses a diminué mais pas dans toutes les tranches d'âge : en effet, le taux augmente chez les moins de 20 ans et plus particulièrement chez les mineures, le taux restant stable chez les 18-20 ans. Cependant, cette tendance à la hausse est interrompue entre 2006 et 2007.(14)

Figure 5 : Evolution du taux d'interruptions de grossesse pour 1000 femmes domiciliées en Aquitaine, selon l'âge



Sources : Atih (base PMSI EBS), Insee

En effet, depuis 2007, la proportion des IVG chez les mineures est faible et stable.(15)

Tableau 4 : Evolution de la proportion des IVG chez les mineures en Aquitaine entre 2007 et 2010

Département (Lieu de l'acte)	2007		2008		2009		2010	
	Nbre	% parmi ensemble des IVG	Nbre	% parmi ensemble des IVG	Nbre	% parmi ensemble des IVG	Nbre	% parmi ensemble des IVG
Dordogne	61	7,1%	59	7,4%	65	7,3%	79	9,0%
Gironde	278	6,2%	233	7,0%	261	6,0%	270	6,3%
Landes	59	8,8%	53	7,7%	30	6,0%	21	4,7%
Lot-et-Garonne	61	7,5%	48	7,2%	41	5,0%	42	5,3%
Pyrénées-Atlantiques	119	7,0%	128	7,1%	114	6,4%	109	6,0%
Aquitaine	578	6,8%	521	7,2%	511	6,1%	521	6,3%

2.3.3.2 Les IVG chez les mineures

En Aquitaine, les mineures font peu d'IVG médicamenteuses (**28,2%**). C'est l'IVG chirurgicale et plus particulièrement sous anesthésie générale qui est privilégiée (70,5%).(16)

Tableau 5 : Répartition de la méthode d'IVG chez les mineures en Aquitaine entre 2007 et 2010

Département	Lieu de l'acte	2007		2008		2009		2010	
		Nbre	% parmi ensemble des IVG	Nbre	% parmi ensemble des IVG	Nbre	% parmi ensemble des IVG	Nbre	% parmi ensemble des IVG
Dordogne	Anesthésie générale	33	54,1%	26	44,1%	35	54,7%	37	46,8%
	Anesthésie locale	-	0,0%	1	1,7%	1	1,6%	1	1,3%
	Médicamenteuse	28	45,9%	32	54,2%	28	43,8%	41	51,9%
Gironde	Anesthésie générale	196	71,8%	172	74,5%	203	79,9%	200	74,6%
	Anesthésie locale	-	0,0%	-	0,0%	3	1,2%	-	0,0%
	Médicamenteuse	77	28,2%	59	25,5%	48	18,9%	68	25,4%
Landes	Anesthésie générale	23	39,0%	24	46,2%	19	63,3%	16	80,0%
	Anesthésie locale	2	3,4%	1	1,9%	-	0,0%	-	0,0%
	Médicamenteuse	34	57,6%	27	51,9%	11	36,7%	4	20,0%
Lot-et-Garonne	Anesthésie générale	32	54,2%	22	46,8%	16	40,0%	18	46,2%
	Anesthésie locale	2	3,4%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
	Médicamenteuse	25	42,4%	25	53,2%	24	60,0%	21	53,8%
Pyrénées-Atlantiques	Anesthésie générale	89	77,4%	99	77,3%	87	79,8%	92	84,4%
	Anesthésie locale	9	7,8%	6	4,7%	5	4,6%	6	5,5%
	Médicamenteuse	17	14,8%	23	18,0%	17	15,6%	11	10,1%
Aquitaine	Anesthésie générale	373	65,8%	343	66,3%	360	72,4%	363	70,5%
	Anesthésie locale	13	2,3%	8	1,5%	9	1,8%	7	1,4%
	Médicamenteuse	181	31,9%	166	32,1%	128	25,8%	145	28,2%

Enfin, la plupart des mineures réalisent leur IVG à l'hôpital ou en clinique. En effet en 2010, aucune IVG n'a été réalisée chez le médecin généraliste et seulement 5,3% en cabinet de gynécologie de ville.

Tableau 6 : Les IVG chez les mineures en Aquitaine selon le lieu de l'acte (17)

Département	Lieu de l'acte	2007		2008		2009		2010	
		Nbre	% parmi ensemble des IVG	Nbre	% parmi ensemble des IVG	Nbre	% parmi ensemble des IVG	Nbre	% parmi ensemble des IVG
Dordogne	Hôpital ou clinique	58	100,0%	57	100,0%	62	100,0%	76	98,7%
	Cabinet de gynécologie	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	1,3%
	Cabinet de généraliste ou autre	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Gironde	Hôpital ou clinique	260	94,5%	223	97,0%	241	93,1%	243	91,4%
	Cabinet de gynécologie	15	5,5%	6	2,6%	18	6,9%	23	8,6%
	Cabinet de généraliste ou autre	-	0,0%	1	0,4%	-	0,0%	-	0,0%
Landes	Hôpital ou clinique	56	96,6%	52	98,1%	28	93,3%	20	95,2%
	Cabinet de gynécologie	2	3,4%	1	1,9%	2	6,7%	1	4,8%
	Cabinet de généraliste ou autre	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Lot-et-Garonne	Hôpital ou clinique	51	96,2%	42	95,5%	32	88,9%	37	94,9%
	Cabinet de gynécologie	2	3,8%	2	4,5%	4	11,1%	2	5,1%
	Cabinet de généraliste ou autre	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Pyrénées-Atlantiques	Hôpital ou clinique	119	100,0%	128	100,0%	113	100,0%	109	100,0%
	Cabinet de gynécologie	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
	Cabinet de généraliste ou autre	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Aquitaine	Hôpital ou clinique	544	96,6%	502	98,0%	476	95,2%	485	94,7%
	Cabinet de gynécologie	19	3,4%	9	1,8%	24	4,8%	27	5,3%
	Cabinet de généraliste ou autre	-	0,0%	1	0,2%	-	0,0%	-	0,0%

2.4 Description des différentes méthodes d'IVG

2.4.1 Déroulement commun aux deux méthodes (18)(19)

2.4.1.1 Consultation initiale

Lors de la première consultation, la patiente fait sa demande d'IVG.

Le médecin doit préciser l'âge gestationnel de la grossesse par :

- l'interrogatoire
- l'examen clinique
- un dosage des β HCG plasmatiques et/ou réalisation d'une échographie

Il doit informer la femme des différentes méthodes de l'IVG, des risques et des effets secondaires potentiels. Il doit lui remettre un dossier-guide (rappelant la législation, la liste des organismes et établissements autorisés à réaliser des IVG...).

Un bilan biologique doit être prescrit avec groupe sanguin, RAI, et si méthode médicamenteuse un β HCG quantitatif.

Lors de cette même consultation, le médecin peut également proposer un dépistage des infections sexuellement transmissibles et prescrire une contraception.

Il faut savoir que le médecin n'est pas tenu de prendre en charge lui-même la demande d'IVG mais il doit en informer immédiatement la femme qui fait la demande et lui donner le nom de confrères susceptibles de réaliser l'intervention.

De même, si le médecin est habilité à pratiquer l'IVG mais que la patiente souhaite la faire réaliser par un autre médecin, il doit alors lui délivrer un certificat attestant qu'elle s'est conformée aux consultations préalables.

Enfin, le médecin pratiquant l'intervention doit remplir un bulletin statistique individuel anonyme.

2.4.1.2 L'entretien social

Un entretien psycho-social est systématiquement proposé avant l'IVG. Depuis la loi de 2001, il est obligatoire chez la mineure non émancipée et doit faire l'objet d'une attestation de consultation (indispensable pour la réalisation de l'IVG).

Il peut être pratiqué par une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal dite conseillère conjugale ou toute autre personne qualifiée, qui apporte une assistance et des conseils appropriés à la situation.

2.4.1.3 Le délai de réflexion

La patiente doit confirmer par écrit sa demande. Le délai légal entre les 2 consultations est de 7 jours. Lorsqu'il y a un risque de dépassement du terme légal, la loi autorise à ramener ce délai à 2 jours.

2.4.1.4 La réalisation de l'IVG

Les conditions sont différentes en fonction de la méthode et du terme.

En cas d'IVG chirurgicale sous anesthésie générale, la patiente est prise en charge en hospitalisation de jour sinon, en cas d'anesthésie locale, elle est prise en charge en ambulatoire.

Les patientes doivent également se rendre à une consultation d'anesthésie en cas d'IVG chirurgicale.

Pour l'IVG médicamenteuse, il existe plusieurs possibilités selon le choix de la mineure :

- Pas d'hospitalisation (c'est-à-dire à domicile) si IVG < 7 SA et absence de contre-indication pour l'IVG hors établissement de santé
- Hospitalisation pendant 2 à 3 h si IVG < 7 SA
- Hospitalisation de 3 à 4 h si IVG entre 7 et 9 SA

Si la patiente est de groupe sanguin Rhésus négatif, une prévention de l'allo-immunisation doit être prévue avec une injection de gammaglobuline anti-D.

2.4.1.5 La consultation de contrôle

Une visite de contrôle doit obligatoirement être proposée après la réalisation de l'IVG et doit avoir lieu entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour post-IVG.

Le contrôle de l'efficacité de la méthode est absolument obligatoire. Il doit être fait par un interrogatoire, un examen clinique, et un dosage des β -HCG plasmatiques ou bien la pratique d'une échographie pelvienne.

Une IVG chirurgicale peut parfois être nécessaire en cas d'échec de la méthode médicamenteuse.

2.4.2 Les modalités de prise en charge

A partir du 31 mars 2013, les frais de soins, de surveillance et d'hospitalisation liés à une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse ou chirurgicale sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie.(20)

C'est ce que prévoit le décret n°2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue par l'article L.322-3 du code de la sécurité sociale.

Cette mesure met donc fin aux différences de taux de prise en charge par l'assurance maladie préexistantes : 100 % pour les assurées mineures et 70 % en soins de ville ou 80 % en établissement de santé pour les assurées majeures.

Le forfait pour l'IVG médicamenteuse comprend la consultation durant laquelle la patiente remet la confirmation de sa demande par écrit, les consultations d'administration des médicaments, le coût de ces médicaments et la consultation de contrôle. Son montant dépend du lieu de l'IVG : en ville, le coût est de 190€ alors qu'en établissement public il s'élève à 257,91€ et entre 230 et 270€ en établissement privé.

Le coût forfaitaire d'une IVG chirurgicale peut varier en fonction de la durée de l'hospitalisation, du recours à l'anesthésie locale ou générale. En établissement public, le coût peut aller de 437,03€ à 644,74€. Le coût minimum correspond à une IVG sans anesthésie générale et pour une durée de séjour n'excédant pas la journée et le coût maximum correspond à une IVG avec anesthésie générale et au moins une nuitée. En établissement privé, à titre indicatif, le coût est supérieur à 450€.(19)

2.4.3 La méthode médicamenteuse

2.4.3.1 Les molécules utilisées

2.4.3.1.1 La Mifépristone

Commercialisée sous le nom de Mifégyne®, elle existe en comprimé de 200mg.(21)

Le principe actif de cette spécialité est la mifépristone, un stéroïde de synthèse à action antiprogestative, qui agit par inhibition compétitive des récepteurs à la progestérone. Chez la femme, à des doses supérieures ou égales à 1 mg/kg, la mifépristone antagonise les effets endométriaux et myométriaux de la progestérone. Pendant la grossesse, elle sensibilise le

myomètre aux contractions induites par les prostaglandines. Au cours du 1er trimestre, elle permet la dilatation et l'ouverture du col utérin.

Les indications de la mifépristone sont(22):

- L'interruption médicamenteuse de grossesse intra-utérine évolutive en association séquentielle à un analogue des prostaglandines, au plus tard au 63^{ème} jour d'aménorrhée
- Le ramollissement et la dilatation du col utérin en préparation à l'interruption chirurgicale de grossesse du premier trimestre
- La préparation à l'action des analogues des prostaglandines dans l'interruption de grossesse pour raison médicale au-delà du premier trimestre
- L'induction du travail lors de mort fœtale in utero : lorsque les prostaglandines ou l'ocytocine ne peuvent être utilisées

Les contre-indications sont :

- L'insuffisance surrénalienne chronique
- L'allergie à la substance active ou à l'un des excipients
- L'asthme sévère, non contrôlé par le traitement
- La porphyrie héréditaire

En l'absence d'études spécifiques, l'utilisation de la mifépristone est déconseillée en cas : d'insuffisance rénale, d'insuffisance hépatique et de malnutrition.

En cas d'interruption médicamenteuse de grossesse évolutive, il faut rajouter :

- La grossesse non confirmée par échographie ou biologiquement
- La grossesse de 63 jours d'aménorrhée et plus
- La suspicion de grossesse extra-utérine
- En cas de contre-indication à l'analogue des prostaglandines utilisé

Enfin, pour l'indication de préparation du col utérin à l'interruption chirurgicale de grossesse :

- La grossesse non confirmée par échographie ou biologiquement
- La suspicion de grossesse extra-utérine

En cas de prise de corticoïdes au long cours, un ajustement thérapeutique peut être nécessaire.

Les femmes présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires doivent être traitées avec précaution.

2.4.3.1.2 Le Misoprostol

Commercialisée sous le nom de Gymiso®(23) et Cytotec®(24) en comprimés de 200 µg.

Le misoprostol est un analogue synthétique de la prostaglandine E1 qui entraîne des contractions des fibres musculaires lisses du myomètre et un relâchement du col utérin. Ses propriétés facilitent l'ouverture du col utérin et l'expulsion de débris intra-utérins.

Le GYMISO a l'AMM dans l'interruption médicale de grossesse intra-utérine en association à la mifépristone au plus tard au 49^{ème} jour d'aménorrhée.

Le CYTOTEC n'a pas l'AMM dans les IVG médicamenteuses mais pour le traitement des ulcères gastroduodénaux.

Le misoprostol peut être administré par voie orale, sublinguale, vaginale ou rectale. La cinétique étant différente en fonction de la voie d'administration.

Les indications du misoprostol sont :

- L'interruption médicale de grossesse intra-utérine, en association à la mifépristone, au plus tard au 49^{ème} jour d'aménorrhée
- Préparation du col utérin avant interruption chirurgicale de grossesse au cours du premier trimestre

Cependant, le misoprostol est utilisé, hors AMM, de façon courante dans d'autres utilisations :

- Prise en charge des fausses couches spontanées
- Prise en charge des avortements incomplets
- Prise en charge des interruptions médicales de grossesse

Les contre-indications sont :

- Hypersensibilité au misoprostol ou à l'un des excipients
- Antécédents d'allergie aux prostaglandines
- Grossesse non confirmée biologiquement ou par échographie
- Suspicion de grossesse extra-utérine

Dans l'indication de l'interruption médicale de grossesse, en association à la mifépristone :

- Grossesse de 50 jours d'aménorrhée et plus

En raison de la survenue possible de rupture utérine, le misoprostol doit être utilisé avec prudence en cas de fragilité utérine, en particulier en cas de grande multiparité ou d'utérus cicatriciel.

De même, il doit désormais être utilisé avec précaution chez les patientes ayant des antécédents cardio-vasculaires. (25)

2.4.3.2 Le protocole médicamenteux

Après confirmation de la demande d'IVG, la patiente revient en consultation afin de prendre les comprimés de Mifégyne.

Une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG est remise à la patiente.

En cas d'IVG à domicile, le misoprostol peut lui être également remis ainsi qu'une prescription d'antalgiques de palier 1 et de palier 2.

La 2^{ème} consultation doit avoir lieu 36 à 48h plus tard.

Selon le terme de la grossesse, le protocole médicamenteux est différent. (18)

2.4.3.2.1 Grossesses de moins de 7 SA

Pour les grossesses de moins de 7 SA soit au maximum de 49 jours d'aménorrhée, il y a 2 séquences de traitement proposées :

- une prise de 600 mg de mifépristone par voie orale suivie 36 à 48h plus tard, de 400 µg de misoprostol par voie orale
- une prise de 200 mg de mifépristone par voie orale suivie 36 à 48 h plus tard, de 1 mg de géméprost par voie vaginale.

En cas de vomissements dans l'heure suivant la prise de Mifégyne, celle-ci doit être renouvelée.

D'autres protocoles sont proposés : utilisation de 200 mg de mifépristone par voie orale suivie, 36 à 48h plus tard, de 400 µg de misoprostol par voie orale mais ce schéma est hors AMM de la Mifégyne® et il y aurait plus de grossesse évolutive par rapport à la dose de 600 mg de mifépristone.

2.4.3.2.2 Grossesses de 7 à 9 SA

Il y a également 2 traitements proposés par l'AMM de la Mifégyne® :

- une prise de 200 mg de mifépristone suivie 36 à 48h plus tard, de 1 mg de géméprost par voie vaginale
- une prise de 600 mg de mifépristone suivie 36 à 48 h plus tard, de 1 mg de géméprost par voie vaginale.

En cas de vomissements dans l'heure suivant la prise de Mifégyne, celle-ci doit être renouvelée.

D'autres protocoles sont utilisés avec 600 mg de mifépristone par voie orale suivie par 400 µg de misoprostol : protocole hors AMM et moins efficace.

2.4.3.3 Les contre-indications de l'IVG médicamenteuse

Il y a d'abord celles propres aux molécules utilisées.

Les contre-indications à la méthode sont :

- La grossesse ectopique suspectée ou confirmée
- Troubles de la coagulation ou traitements anticoagulants
- Anémie profonde inférieure à 9g/dl

Les contre-indications « psycho-sociales » comprennent :

- Patiente ne comprenant pas les consignes
- Patiente ambivalente
- Patiente SDF sans hébergement
- Patiente présentant des vomissements importants

- Impossibilité d'une visite de contrôle

2.4.3.4 Le lieu

L'IVG peut avoir lieu soit en ville dans le cadre d'un réseau ville-hôpital soit dans un établissement de santé.

L'IVG à domicile est indiquée chez toute femme, qu'elle soit majeure ou mineure, remplissant les conditions suivantes :

- Comprendre les explications et être disposée à respecter les consignes
- Résider dans 1 logement avec toilette et téléphone et à moins d'une heure de l'hôpital en voiture
- Présence d'une tierce personne durant les trois premières heures suivant la prise du Gymiso

De ce fait, elle est contre-indiquée chez la patiente ne parlant pas le français, vivant seule ou à plus d'une heure de l'hôpital, fragile psychologiquement, présentant une hyperménorrhée ou une dysménorrhée ou un problème médical.

En cas d'IVG en ville, la Mifégyne est prise au cabinet en présence du médecin. Lors de cette consultation, le médecin peut donner dans le même temps le Gymiso que la patiente prendra dans 36 à 48h. La consultation de prise du Gymiso n'est plus obligatoire.

Pour les grossesses dépassant le terme de 7 SA, l'IVG doit être réalisée dans un établissement de santé public ou privé. La prise de Mifégyne se fait en consultation mais celle de Gymiso se fait lors d'une hospitalisation de jour.

Cela permet d'accompagner la patiente tout en surveillant les saignements, l'expulsion de la grossesse et en contrôlant la douleur.

2.4.3.5 La tolérance

Les effets secondaires comprennent (26):

- douleurs pelviennes : fréquentes et parfois sévères, le pic d'intensité est juste après la prise de misoprostol et commence à disparaître peu après l'expulsion complète, le traitement repose sur les antalgiques simples tels que le paracétamol ou les AINS et si

- insuffisant à la codéine (91,8%)
- effets digestifs : nausées, vomissements, fréquents mais généralement peu marqués (26,2 à 42,5%)
 - saignements (en général, jusqu'à 12 à 14 jours après l'IVG) (98%)
 - hémorragies (pouvant nécessiter un curetage hémostatique ou une transfusion) (1,3%)
 - malaise (0,1%)
 - fièvre, frissons (32,2%)

Une étude américaine prospective à petite échelle menée par Phelps a étudié l'apparition des différents effets secondaires chez les mineures.(27)

Il s'agissait d'une étude concernant 28 adolescentes de 14 à 17 ans enceintes de moins de 8 semaines d'aménorrhée et ayant obtenu l'accord parental. Le protocole de l'IVG comprenait la prise de 200 mg de mifépristone par voie orale puis 2-3 jours après de 800 µg de misoprostol (soit 4 comprimés de 200 µg) par voie vaginale.

Les principaux effets secondaires rapportés après la prise de mifépristone étaient les douleurs à type de crampes (67%), les nausées (52%) et les saignements (37%).

Ceux après la prise de misoprostol étaient les saignements (100%), les douleurs à type de crampes (95%) les nausées (62%) et les vomissements (43%).

L'étude finlandaise de Ninimäki et al. a comparé les taux d'apparition d'effets indésirables entre les adolescentes et les femmes adultes. 3024 mineures et 24 006 ont été incluses. Les résultats ont montré que les adolescentes avaient des taux de complication égaux voire significativement inférieurs à ceux des adultes (19% contre 23.1%, $p < 0.001$).

Le taux de saignement était significativement plus bas chez les mineures (12.8% contre 15.4%, $p < 0.001$), ainsi que l'avortement incomplet (7% contre 10.2%, $p < 0.001$) et la nécessité d'une évacuation chirurgicale (11% contre 13%, $p = 0.002$).(28)

2.4.3.6 L'acceptabilité

Une étude menée aux Etats-Unis par Winikoff sur 2121 femmes montre que les patientes trouvent la méthode acceptable avec 95,7 % d'entre elles qui la recommanderaient.(29)

Plus particulièrement, Schaff et al. ont utilisé chez 933 patientes le protocole de 200 mg de mifépristone suivie de 800 µg de misoprostol en vaginal et ont retrouvé une acceptabilité de 92,7 à 94,9%.(26)

Par comparaison, dans l'étude américaine de Phelps portée sur les mineures, selon le même protocole, il est estimé un taux d'acceptabilité comparable à 96 %.(27)

2.4.3.7 L'efficacité

L'étude marseillaise de Provensal et al. retrouve 86,7% d'efficacité pour les IVG à domicile et 95,8 pour celles en milieu hospitalier. (30)

Chez les mineures, sur l'étude à petit échantillon, l'efficacité de la méthode est estimée à 100% tandis que chez Schaff, l'efficacité chez les femmes adultes est de 97%.

L'efficacité est donc excellente et comparable entre les adolescentes et les majeures.

Tableau 7 : Récapitulatif de la comparaison entre mineures et femmes adultes de la tolérance, de l'acceptabilité et de l'efficacité de l'IVG médicamenteuse

	Adolescente	Femme adulte	
Tolérance(28)	19% (n=575)	23,1% (n=5535)	p < 0,001
<i>Saignement</i>	12,8% (n=386)	15,4% (n=3690)	p < 0,001
<i>Avortement incomplet</i>	7% (n=212)	10,2% (n=2450)	p < 0,001
<i>Nécessité d'une évacuation chirurgicale</i>	11% (n=333)	13% (n= 3121)	p = 0,002
Acceptabilité(27)(26)	96% (n=21)	92,7 (n=416) à 94,9% (n=447)	
Efficacité(27)(26)	100% (n=28)	97% (n=933)	

2.4.4 La méthode chirurgicale

Elle peut être pratiquée jusqu'à 12 semaines de grossesse soit 14 semaines d'aménorrhée.

2.4.4.1 Le protocole

2.4.4.1.1 La préparation cervicale

Cette étape permet de diminuer le risque de complications.

Il existe 2 protocoles médicamenteux qui sont utilisés pour la préparation du col :

- Soit 200 mg de mifépristone administrés à la patiente par voie orale 36 à 48 h avant l'IVG
- Soit 400 µg de misoprostol administrés à la patiente par voie buccale ou vaginale 3 h avant l'IVG.

Des dilateurs osmotiques peuvent également être utilisés mais sont moins répandus : les lamineuses (algues stériles qui ont la capacité de se dilater lorsqu'elles sont dans un milieu humide et chaud comme le col de l'utérus) et les Dilapans (dilateur cervical hygroscopique en polyacrylonitrile, polymère hydrophile inerte).

Le misoprostol par voie buccale s'avère aussi efficace que par voie vaginale dans l'accomplissement des avortements du second trimestre.

Il semble que l'administration combinée par voie orale et vaginale de misoprostol n'est pas plus efficace que par voie vaginale seule.(31)

Une méta-analyse souligne que la préparation du col permet de diminuer le temps de l'intervention, ce qui s'avère non négligeable pour les grossesses avancées où la dilatation mécanique est plus difficile.

L'efficacité des différents dilateurs est également comparée. La mifépristone semble plus efficace pour la préparation du col que le misoprostol par voie vaginale. Le misoprostol par voie sublinguale est plus efficace que par voie vaginale, lui-même plus efficace que par voie orale. Enfin, les lamineuses sont aussi efficaces que le misoprostol par voie vaginale.(32)

2.4.4.1.2 La préparation de la patiente

Une prémédication peut être donnée à la patiente de type anxiolytiques et/ou antalgiques généraux.

La vessie doit être vide.

La patiente est installée en position gynécologique, pose du spéculum avec désinfection vaginale et cervicale.

L'IVG peut se dérouler sous anesthésie générale ou locale.

Il existe 2 techniques d'anesthésie locale :

- Bloc para-cervical avec injection de la xylocaïne au niveau des deux ligaments sacro-utérins
- Injections intra-cervicales à l'aide d'une aiguille à boule.

2.4.4.1.3 La dilatation

Le col est saisi par une pince de Pozzi ou de Museux et on exerce une traction pour réduire la flexion de l'utérus.

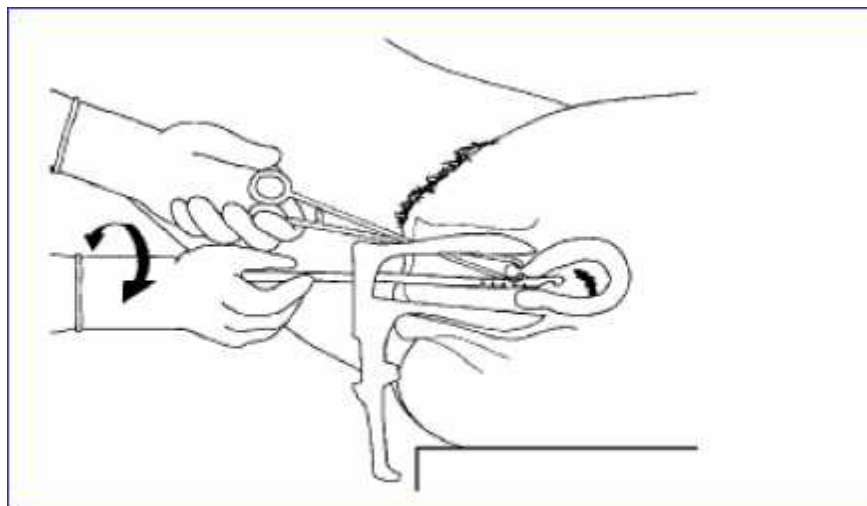
On réalise la dilatation avec des dilateurs mécaniques ou bougies de diamètre croissant afin de dilater le col en fonction du terme de la grossesse (on compte environ 1mm par semaine d'aménorrhée).

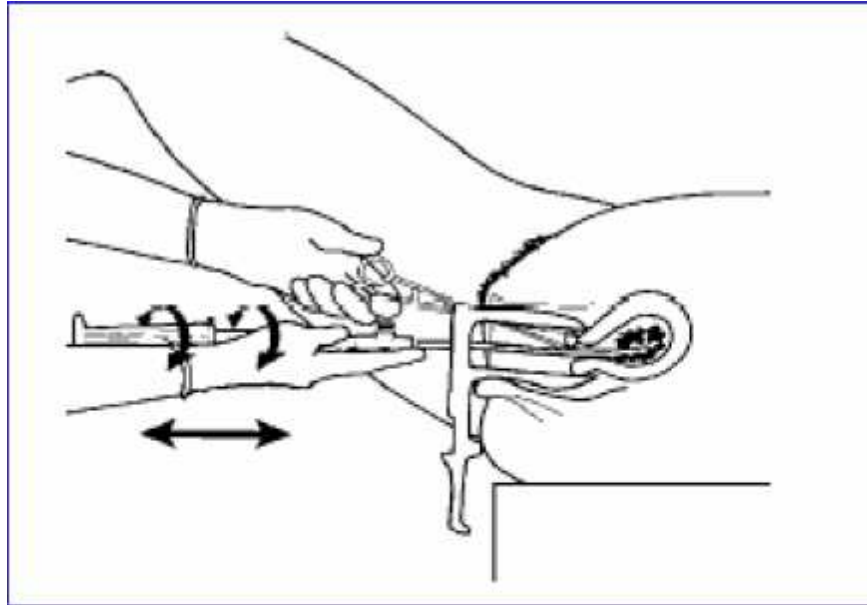
2.4.4.1.4 L'aspiration

A l'aide d'un vide central ou d'un aspirateur électrique, la canule d'aspiration est rigide ou solide, et est reliée à un bocal à usage unique.

On repère d'abord le fond utérin. Le geste doit être doux et lent avec des mouvements de rotation et de va-et-vient.(33)

Figure 6 : Technique de l'aspiration





Les critères de fin d'aspiration sont :

- Apparition de bulles dans la canule
- Sensation de rugosité des parois utérines
- Phénomène de contraction-rétraction utérine
- Vérification du produit d'aspiration
- Contrôle échographique afin d'éliminer une rétention
- Vérification de l'absence d'hémorragie

2.4.4.2 Les contre-indications

Pour l'IVG avec anesthésie locale, les contre-indications sont les suivantes :

- Allergie à la xylocaïne
- Epilepsie non traitée
- Traitement par les digitaliques

2.4.4.3 Le lieu

L'IVG chirurgicale est exclusivement pratiquée en établissement de santé public ou privé et nécessite, dans la plupart des cas, une hospitalisation inférieure ou égale à 12h.

2.4.4.4 Les complications

Celles-ci sont rares et comprennent (34):

- Accidents d'anesthésie
- Déchirures cervicales (0,18-0,96%)
- Perforations (0,2%)
- Hématométrie
- Hémorragies (0-2,4%)
- Rétentions placentaires (0,6%)
- Infections (0,6-2,5%)
- Décès (1/100 000)

En cas d'anesthésie locale, il faut rajouter les convulsions et le choc anaphylactique à la xylocaïne.

2.4.4.5 La tolérance

Les effets secondaires sont principalement marqués par les saignements et la douleur. Il peut parfois apparaître de la fièvre.

L'étude danoise de Rørbye a retrouvé un taux de complications (échecs, infections, saignements...) de 9,2% chez les femmes adultes présentant une grossesse inférieure à 63 jours d'aménorrhée.(35)

Nous n'avons pas retrouvé d'étude comparant les adolescentes et les femmes majeures.

2.4.4.6 L'acceptabilité

La méthode chirurgicale est bien acceptée par les patientes.

Creinin a évalué l'acceptabilité de l'IVG chirurgicale avant 49 jours d'aménorrhée : 92 % des femmes ayant choisi la méthode chirurgicale choisiraient à nouveau cette méthode en cas de nouvel IVG.(36)

De même, Ashok retrouve un taux de 79 % chez des femmes ayant subi une IVG chirurgicale entre 10 et 13 semaines d'aménorrhée.(37)

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'études comparant l'acceptabilité chez les adultes et les mineures.

2.4.4.7 L'efficacité

Le risque d'échec de cette méthode est très faible. La plupart des études mettent en évidence une efficacité entre 95 et 100 %.

L'étude danoise (35) retrouve une efficacité excellente de la méthode chirurgicale à 97,7%.

3 ETUDE PROSPECTIVE CHEZ 118 MINEURES DU CHU DE BORDEAUX ET CHEZ LES PROFESSIONNELS DE SANTE

3.1 Matériels et méthodes

3.1.1 Notre étude

Notre étude a été mise en place selon deux axes.

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, menée sur 118 mineures prises en charge au centre d'orthogénie du CHU Pellegrin entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012.

Nous avons également interrogés, les professionnels régionaux de santé travaillant dans les centres d'orthogénie.

3.1.2 Objectif

L'objectif principal était de déterminer les facteurs pouvant influencer les mineures dans leur choix de méthode d'interruption volontaire de grossesse.

3.1.3 Les patientes

Nous avons inclus toutes les mineures qui se sont présentées avec une demande d'IVG au centre d'orthogénie du CHU Pellegrin du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012. Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

A partir du dossier médical habituel du service, nous avons créé un dossier « spécial mineure » en intégrant des questions supplémentaires propres aux mineures. Ce dossier était systématiquement donné au médecin dès lors qu'il voyait en consultation une mineure. Ces dernières étaient donc interrogées par le médecin lors de leur première consultation.

3.1.4 Les professionnels de santé

Nous nous sommes intéressés aux différents intervenants dans la prise en charge de l'IVG.

Pour essayer d'avoir le plus d'informations possibles, d'une part, nous avons envoyé par mail, un questionnaire destiné aux médecins, infirmières, sages-femmes et conseillères des différents centres d'orthogénie d'Aquitaine.

3.1.5 Les données analysées

3.1.5.1 Chez les mineures

A l'inclusion, étaient relevées des données personnelles telles que l'âge, la nationalité et le statut socio-professionnel.

Étaient notées également :

- le majeur désigné
- si l'entourage était informé
- les informations sur la demande d'IVG : motivation, qui fait la demande
- le premier contact au planning
- la méthode abordée lors de ce premier contact
- la date de découverte de la grossesse, les différents délais jusqu'à la première consultation au planning
- la connaissance antérieure de la méthode médicamenteuse
- la méthode choisie à l'issue de la première consultation

3.1.5.2 Chez les professionnels de santé

Nous avons retenu la profession, l'âge, le sexe, s'ils proposaient l'IVG médicamenteuse aux mineures et ce qui pouvait influencer de le proposer ou non.

3.1.5.3 Chez les conseillères

Nous avons noté l'âge, le sexe, l'information donnée ou non sur la méthode médicamenteuse et ce qui pouvait influencer dans le fait de donner cette information ou non.

3.1.6 Analyse statistique

Les variables quantitatives ont été décrites en termes d'effectif, de moyenne et d'écart-type.

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif et de proportion. Elles ont été comparées par le test du Khi deux et le test exact de Fisher.

3.2 Résultats

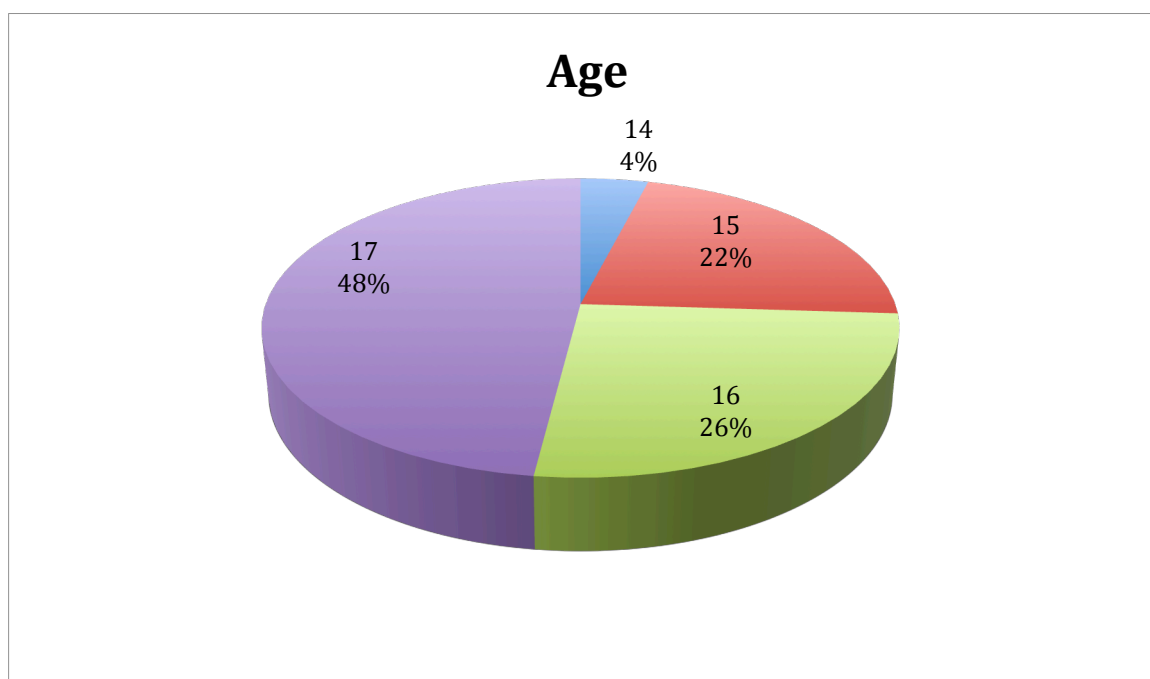
118 patientes ont été incluses entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012.

3.2.1 Description de la population des mineures

3.2.1.1 Caractéristiques socio-professionnelles des mineures

La moyenne d'âge est de $16,17 \pm 0,9$ ans avec une médiane à 16 ans.

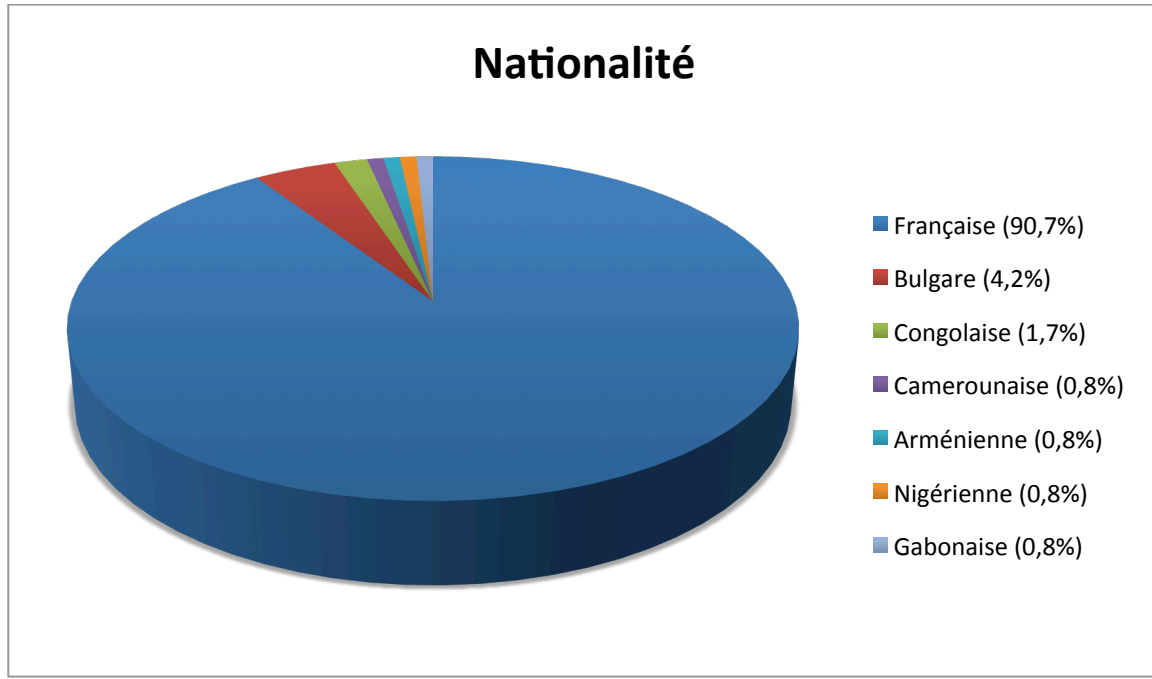
Figure 7 : Répartition selon l'âge



48% d'entre elles avaient 17 ans, 26 % avaient 16 ans, 22% 15 ans tandis que les 14 ans étaient les plus faiblement représentées : 4%.

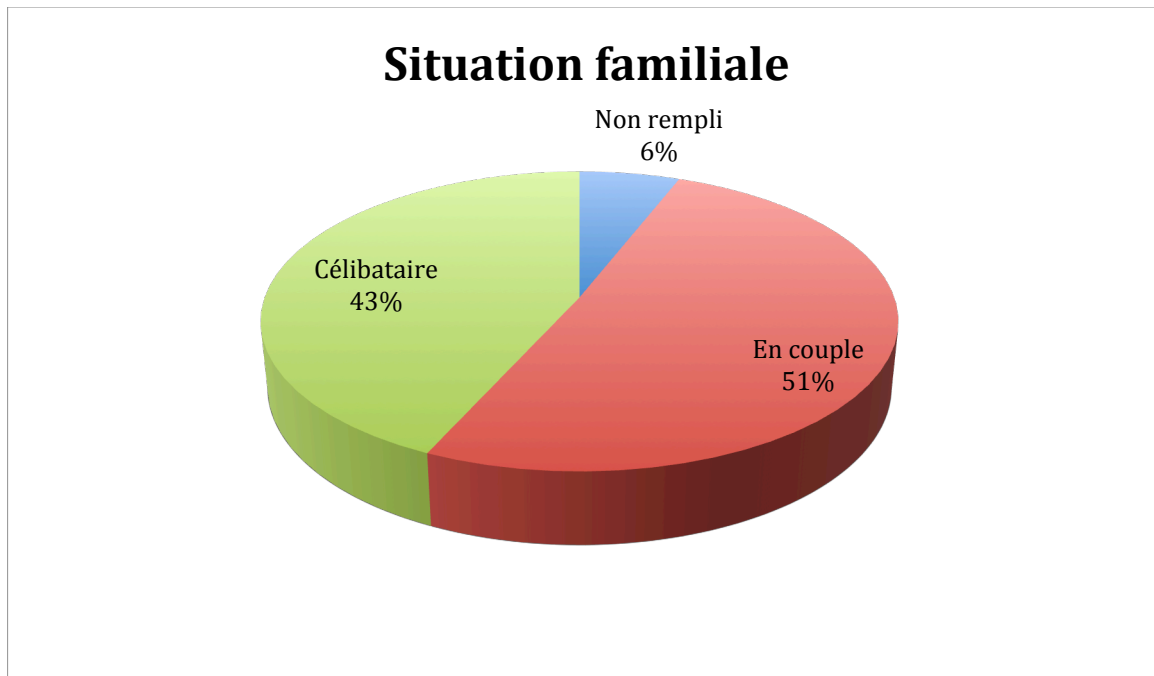
Les mineures sont majoritairement françaises (90,7%). La deuxième nationalité la plus représentée est la bulgare (4,2%).

Figure 8 : Répartition selon la nationalité



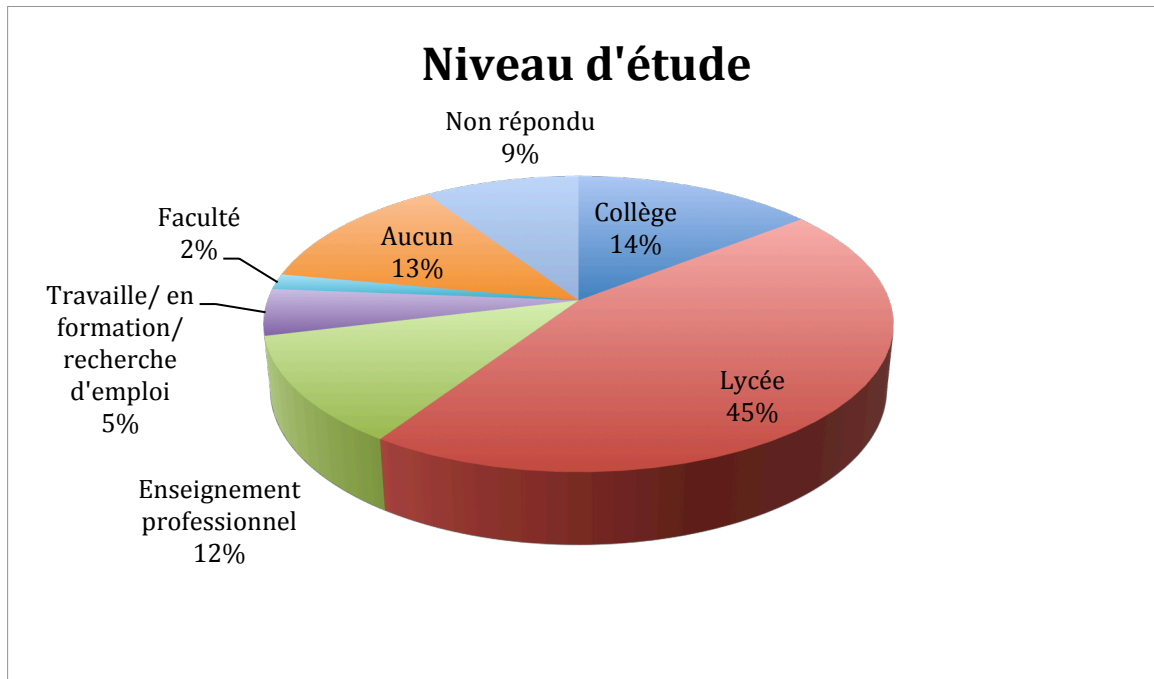
Elles sont pour la plupart (51%) en couple, marié ou non, et 43% se déclarent célibataires.

Figure 9 : Répartition selon la situation familiale



Elles sont principalement au lycée (45%). On retrouve quelques collégiennes (14%). Les étudiantes en faculté sont rares (2%) et certaines sont même déjà en milieu professionnel (5%).

Figure 10 : Répartition selon le niveau d'étude



3.2.1.2 Raisons de l'IVG

Ont été notées les raisons de leur demande d'IVG. Les mineures avaient plusieurs choix possibles.

Le motif que l'on retrouve le plus fréquemment est leur jeune âge.

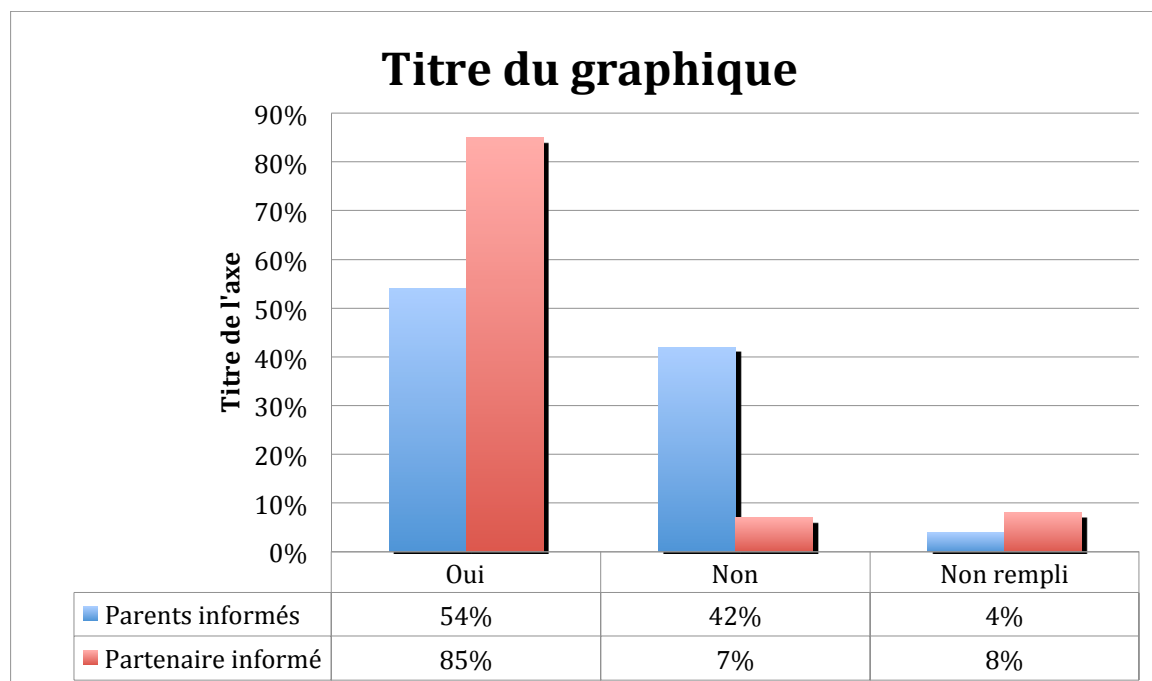
Tableau 8 : Motifs de la demande d'IVG

Motifs de la demande	Effectif
Trop jeunes	82
Veut poursuivre ses études	9
Difficultés financières	8
Echec de contraception	4
Séparation	3
Problème de religion	1
Vit en foyer	1
Pas de désir d'enfant	1
Grossesse rapprochée	1
Non rempli	19

3.2.1.3 Information de l'entourage

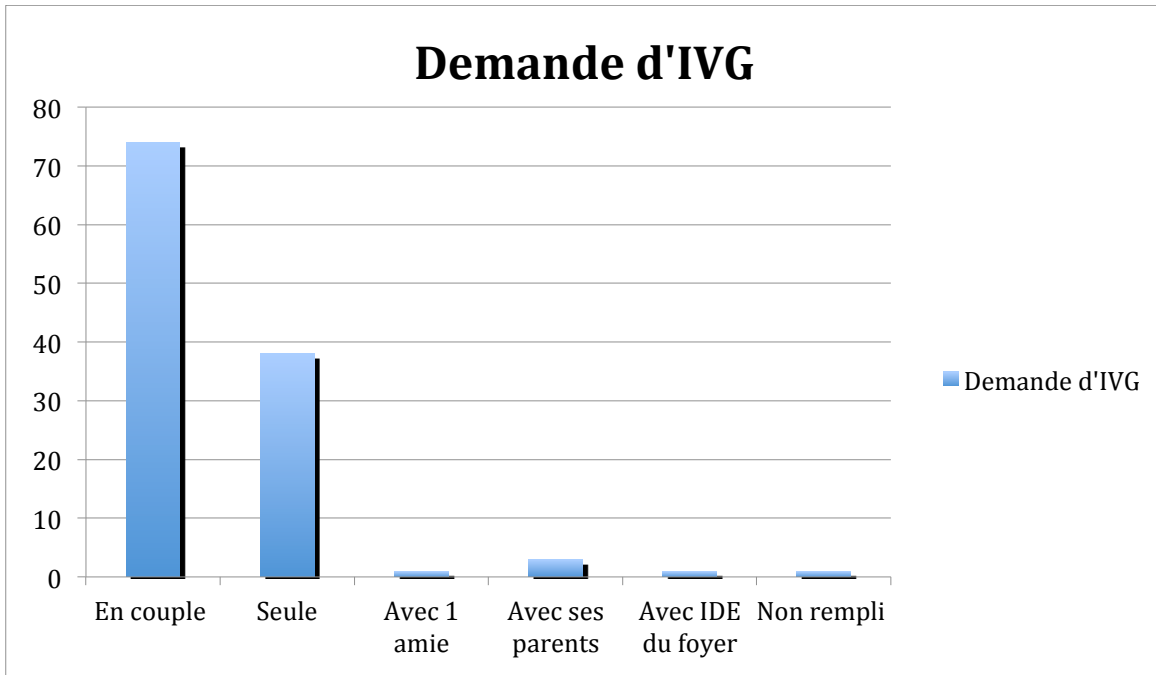
On remarque que le partenaire est très souvent informé de l'IVG et bien plus que les parents.

Figure 11 : Statut de l'information des parents et du partenaire



Dans la majeure partie des cas (62,7%), il s'agit d'une demande de couple. Pour 32,2% des mineures, il s'agit d'une demande personnelle. Rarement, les parents interviennent dans la demande : 2,5%.

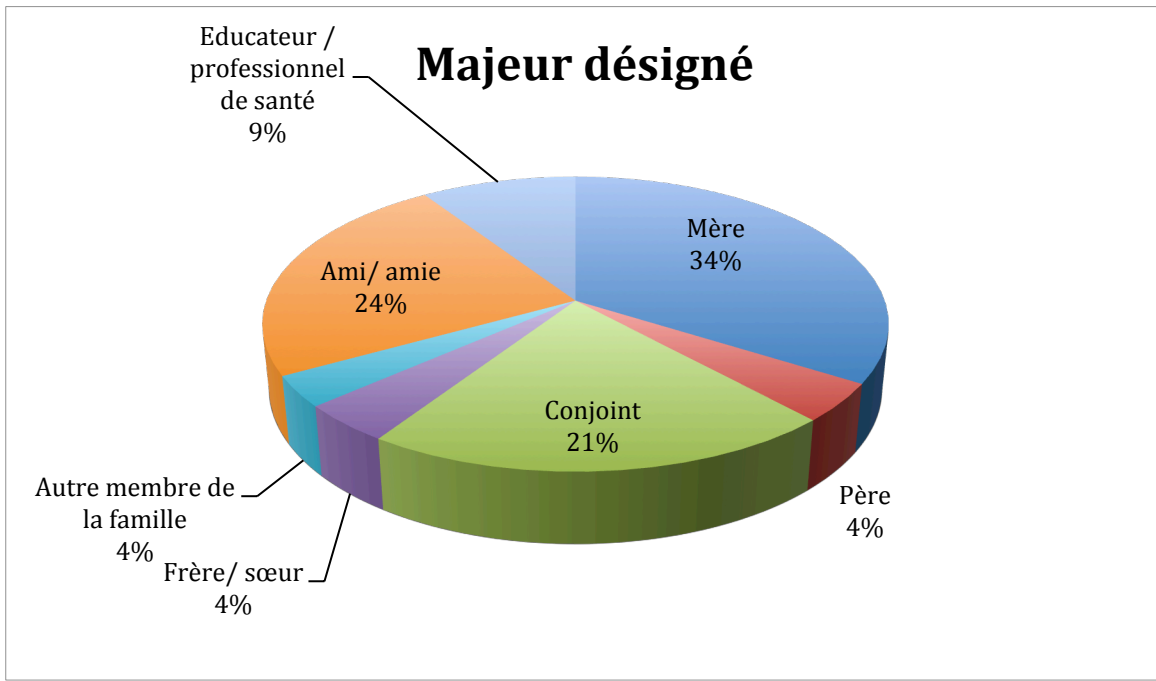
Figure 12 : Répartition des demandes d'IVG



3.2.1.4 Majeur désigné

Les mineures désignent généralement leur mère comme majeur référent tandis que le père est peu représenté.

Figure 13 : Récapitulatif du majeur désigné



3.2.1.5 Connaissance antérieure de la méthode médicamenteuse.

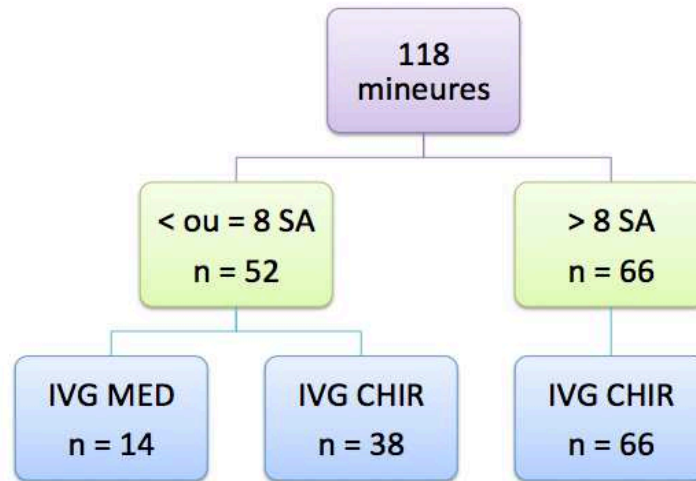
53 mineures connaissaient la méthode médicamenteuse (44,9%), 28 d'entre elles avouaient ne pas la connaître (23,7%) tandis que 37 n'ont pas répondu (31,4%).

3.2.1.6 Technique d'IVG

Au final, 104 mineures (88,1%) ont choisi la méthode chirurgicale et 14 (11,9%) la méthode médicamenteuse.

Plus précisément, sur les 52 mineures ayant le choix de la méthode le jour de la consultation (du fait de leur terme inférieur ou égal à 8SA), 14 ont réalisé une méthode médicamenteuse soit 26,9% d'entre elles.

Figure 14 : Répartition des IVG selon le terme de la grossesse le jour de la première consultation



3.2.1.7 Terme le jour de l'IVG

Le terme moyen le jour de l'IVG chirurgicale est de 10SA + 5 jours tandis que pour l'IVG médicamenteuse, le terme moyen le jour de la réalisation est de 7SA + 5 jours.

3.2.1.8 Tolérance/résultats/acceptabilité

La tolérance, quelque soit la méthode, concernant la douleur a été excellente avec 108 mineures (10 dossiers non remplis) qui ont été soulagées par les antalgiques proposés.

Il n'a pas été mis en évidence d'échecs lors des différentes IVG.

L'acceptabilité n'a pu être analysée car les données étaient manquantes dans les dossiers.

3.2.2 Analyse des facteurs

3.2.2.1 Délais de prise en charge

80 dossiers avec les données nécessaires ont permis de calculer les délais entre la découverte de la grossesse et l'obtention du rendez-vous de la première consultation.

En moyenne, les mineures découvrent leur grossesse à 45,66 jours soit environ 6SA + 5 jours.

Suite à la découverte de la grossesse, elles demandent un rendez-vous dans les 9,45 jours qui suivent et obtiennent ce dernier dans un délai moyen de 8,68 jours.

Lors de la première consultation, le terme moyen de la grossesse est de 61,33 jours soit environ 8SA + 5 jours avec des extrêmes à 35 jours (7SA) et 94 jours (13SA + 3 jours). La médiane est à 59,5 jours.

3.2.2.2 Le premier contact au centre d'orthogénie

- La personne contactée

Sur les 98 données remplies, 85 mineures déclarent avoir eu comme premier contact au centre d'orthogénie la secrétaire soit 72% d'entre elles. 6% ont eu le médecin et 1% une infirmière. Pour 4% d'entre elles, c'est une tierce personne qui a contacté le centre.

Sur les 118 mineures, seulement 52 avaient accès aux deux méthodes d'IVG du fait de leur terme le jour de la première consultation. (inférieur ou égal à 8 SA).

En fonction du premier contact au centre d'orthogénie, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes de méthode d'IVG.

Ce contact ne modifie pas le choix de la méthode.

Tableau 9 : Répartition de la méthode en fonction du premier contact au centre d'orthogénie parmi les 52 mineures qui avaient accès aux deux méthodes

Premier contact au centre	IVG MED	IVG CHIR	
Secrétaire	7	25	
Médecin	2	1	
Un tiers a appelé	2	2	
Non répondu	3	10	
Total	14	38	<i>p = 0,11</i>

- La méthode d'IVG abordée

Sur 96 mineures ayant répondu, 37% d'entre elles ont été informées des deux méthodes d'interruption volontaire de grossesse, 33 % n'ont eu d'information sur aucune des deux méthodes, 8,5% uniquement sur la méthode chirurgicale et 2% uniquement sur la méthode médicamenteuse.

De même, nous avons analysé chez les 52 mineures ayant le choix de la méthode, la méthode abordée lors du premier contact. **Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant la méthode abordée au premier contact.**

Tableau 10 : Répartition de la méthode IVG en fonction de la méthode abordée au premier contact parmi les 52 mineures qui avaient accès aux deux méthodes

Méthode abordée	IVG MED	IVG CHIR	
Chirurgicale	1	1	
Médicamenteuse	1	1	
Les deux	5	17	
Aucune	3	10	
Non répondu	4	9	
Total	14	38	<i>p = 0.53</i>

3.2.2.3 Terme le jour de la consultation

Parmi les 118 mineures venues au centre d'orthogénie, 52 d'entre elles étaient à un terme de

grossesse inférieur ou égal à 8 SA lors de la première consultation, c'est-à-dire que ces dernières avaient le choix entre la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale. Du fait du délai légal de 7 jours entre la consultation et la confirmation de la demande d'IVG, les autres patientes étaient donc au-delà de 9 SA lors de la réalisation de l'IVG et n'avaient donc accès qu'à la méthode chirurgicale.

3.2.2.4 Raisons du choix de la méthode

Sur ces 52 mineures qui auraient pu réaliser une IVG médicamenteuse, seulement 14 d'entre elles l'ont fait.

Nous avons interrogé les mineures sur les raisons pour lesquelles elles souhaitaient une méthode plutôt qu'une autre. Elles pouvaient donner plusieurs réponses à cette question.

Les motifs, pour celles qui ont répondu, en faveur de la méthode médicamenteuse sont regroupés dans le tableau suivant :

Tableau 11 : Récapitulatif des motifs du choix en fonction de la méthode parmi les 52 mineures qui avaient accès aux deux méthodes

Motifs	En faveur de la méthode médicamenteuse	En faveur de la méthode chirurgicale
Choix du médecin	0	3
A peur d'avoir mal	0	9
Préfère ne rien voir, peur des saignements	0	9
Ne veut pas de chirurgie	2	0
Parents non au courant	2	2
Rapidité/ simplicité	2	5
Plus de réussite avec cette méthode	1	2
Plus facile psychologiquement	1	1
Non rempli	6	12

Pour trois mineures, les médecins ont orienté leur choix : deux étaient à un terme trop tardif pour une IVG médicamenteuse (7SA et 1 jour et 8SA) et une présentait des dysménorrhées importantes.

3.2.2.5 Age de la mineure

La majorité était âgée de 17 ans (27 d'entre elles) avec une moyenne à 16,2 ans.

Tableau 12 : Répartition de la méthode IVG en fonction de l'âge de la patiente parmi les 52 mineures qui avaient accès aux deux méthodes

Age	IVG MED	IVG CHIR	
14	1 (1.9%)	1 (1.9%)	
15	2 (3.85%)	7 (13.5%)	
16	2 (3.85%)	12 (23.1%)	
17	9 (17.3%)	18 (34.6%)	
Total	14	38	<i>p = 0.66</i>

Il n'y a pas de différence significative de méthode en fonction de l'âge ($p > 0,05$)

3.2.2.6 Situation socio-professionnelle

- La plupart étaient en couple (71,1%)

Tableau 13 : Répartition des IVG en fonction du statut familial parmi les 52 mineures qui avaient accès aux deux méthodes

Statut familial	IVG MED	IVG CHIR	
En couple	7	27	
Célibataire	7	8	
Non rempli	0	3	
Total	14	38	<i>p = 0,09</i>

Il n'y a pas de différence significative entre les IVG médicamenteuses et chirurgicales selon la situation familiale.

- La majorité était au lycée ou en enseignement professionnel.

Tableau 14 : Répartition de la méthode en fonction du niveau d'étude parmi les 52 mineures qui avaient accès aux deux méthodes

Niveau d'étude	IVG MED	IVG CHIR	
Collège	2	2	
Lycée	4	16	
Faculté	0	1	
Enseignement professionnel	6	5	
Travail/ En formation	0	4	
Aucun	2	8	
Non répondu	0	2	
Total	14	38	<i>p = 0.18</i>

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes en fonction du niveau d'étude.

- Quatre patientes sur 52 étaient étrangères et aucune d'entre elles n'a réalisé une IVG médicamenteuse.

Tableau 15 : Répartition de la méthode en fonction de la nationalité parmi les 52 mineures qui avaient accès aux deux méthodes

Nationalité	IVG MED	IVG CHIR	
Française	14	34	
Etrangère	0	4	
Total	14	38	<i>p = 0,56</i>

Il n'y a pas de différence significative dans le choix de la méthode par rapport à la nationalité.

- Quatre adolescentes avaient un antécédent d'IVG. La méthode utilisée lors du précédent IVG n'était pas précisée.

Tableau 16 : Répartition de la méthode en fonction de l'antécédent personnel d'IVG parmi les 52 mineures qui avaient accès aux deux méthodes

Antécédent d'IVG	IVG MED	IVG CHIR	
Oui	1	3	
Non	13	34	
Non répondu	0	1	
Total	14	38	<i>p = 1</i>

L'antécédent d'IVG ne modifie pas le choix de la méthode d'IVG.

3.2.2.7 Influence du médecin vu lors de la première consultation

Tableau 17 : Répartition de la méthode en fonction du médecin rencontré lors de la première consultation parmi les 52 mineures qui avaient accès aux deux méthodes

Médecin	IVG MED	IVG CHIR	
A	7	4	
B	1	9	
C	0	6	
D	1	11	
E	5	4	
F	3	0	
G	0	1	
Total	17	35	<i>p = 0.0004</i>

Il y a une différence significative entre les deux groupes en fonction du médecin rencontré.

Trois mineures ont changé d'avis sur leur méthode d'IVG pendant leur délai de réflexion.

Elles ont finalement préféré la méthode chirurgicale. Malgré cela, il n'y a toujours pas de différence significative ($p = 0,018$).

3.2.2.8 Influence de l'entourage

- Selon l'information des parents

Tableau 18 : Répartition de la méthode en fonction de l'information des parents parmi les 52 mineures qui avaient accès aux deux méthodes

Information des parents	IVG MED	IVG CHIR	
Oui	6	22	
Non	8	14	
Non répondu	0	2	
Total	14	38	<i>p = 0.34</i>

L'information des parents sur l'IVG n'influe pas sur la méthode de l'IVG.

- Selon l'information du partenaire

Tableau 19 : Répartition de la méthode en fonction de l'information du partenaire parmi les 52 mineures qui avaient accès aux deux méthodes

Information du partenaire	IVG MED	IVG CHIR	
Oui	12	35	
Non	1	0	
Non répondu	1	3	
Total	14	38	<i>p = 0.27</i>

Le fait que le partenaire soit informé ou non ne modifie pas le choix de la méthode d'IVG.

- Influence du majeur responsable

Tableau 20 : Répartition de la méthode en fonction du majeur désigné parmi les 52 mineures qui avaient accès aux deux méthodes

Majeur désigné	IVG MED	IVG CHIR	
Mère	3	13	
Père	0	1	
Conjoint	3	10	
Frère/Soeur	1	2	
Autre membre de la famille	0	2	
Ami/Amie	5	8	
Educateur/ Professionnel de santé	2	2	
Total	14	38	<i>p = 0.74</i>

Le choix du majeur désigné n'influe pas le choix de la méthode d'IVG.

3.2.2.9 Influence de la connaissance antérieure de la méthode médicamenteuse.

Tableau 21 : Répartition de la méthode en fonction de la connaissance antérieure de la méthode médicamenteuse parmi les 52 mineures qui avaient accès aux deux méthodes

Connaissance antérieure de l'IVG médicamenteuse	IVG MED	IVG CHIR	
Oui	6	18	
Non	4	9	
Non répondu	4	11	
Total	18	38	<i>p = 0.71</i>

Que les mineures connaissent ou non avant leur IVG la méthode médicamenteuse, cela n'influe pas leur choix dans la méthode d'IVG.

3.2.3 Les professionnels de santé

22 professionnels de santé, parmi ceux réalisant des IVG en Aquitaine, ont répondu de manière anonyme à notre questionnaire.

Ils sont répartis de la manière suivante :

- 15 gynécologues dont 5 gynéco-obstétriciens hospitaliers, 8 gynécologues médicaux de ville et 2 non précisés
- 3 sages-femmes de planning familial
- 4 infirmières de planning familial

3.2.3.1 Concernant la méthode d'IVG

Les 22 professionnels de santé proposent aux mineures la méthode médicamenteuse si le terme le permet et acceptent cette technique si la mineure le demande.

Tous font des IVG médicamenteuses jusqu'à 7 SA.

Seuls les 5 médecins hospitaliers peuvent réaliser des IVG médicamenteuses entre 7 et 9 SA. Parmi eux, un seul médecin a répondu faire des IVG médicamenteuses dans ce délai (soit une proportion de 20%).

3.2.3.2 Facteurs influençant le choix de la méthode

La question des facteurs pouvant influencer était posée de manière ouverte et entraînait parfois plusieurs réponses.

16 professionnels déclarent ne pas être influencés par l'âge de la patiente.

Par contre, parmi ces-derniers 6 (2 médecins, 1 sage-femme et 3 infirmières) affirment prendre en compte la maturité de la patiente et 3 son accompagnement, le fait que ses parents soient au courant.

9 médecins n'ont aucun facteur influençant sur leur choix de méthode.

5 professionnels déclarent en revanche être influencés par l'âge : 3 tiennent compte également de la maturité et 2 de l'accompagnement.

Enfin 1 sage-femme n'a pas répondu aux questions concernant les facteurs influençant car elle considère que le choix de la méthode revient au médecin.

3.2.4 Les conseillères conjugales

16 conseillères ont répondu au questionnaire.

Pour la plupart, elles reçoivent les mineures avec leur majeur désigné :

Tableau 22 : Répartition de l'accompagnement des mineures

Mineure reçue	Effectif
Seule	3
Seule puis avec majeur	4
Seule puis accompagnée à la demande	6
Non répondu	3
Total	16

Les conseillères ont évalué la connaissance antérieure des mineures sur la méthode médicamenteuse :

Tableau 23 : Répartition de la connaissance antérieure des mineures sur la méthode médicamenteuse

Les mineures connaissent la méthode médicamenteuse	Effectif
Rarement	2
Souvent	10
Non répondu	4
Total	16

Pour 62,5 % des conseillères, les mineures connaissent souvent la méthode médicamenteuse.

15 conseillères donnent systématiquement l'information sur la méthode médicamenteuse (1 n'a pas répondu).

Nous avons interrogé les conseillères sur les facteurs influençant ou limitant la méthode médicamenteuse. Il s'agissait de questions ouvertes pouvant amener plusieurs réponses.

Pour la moitié des conseillères, le choix de la méthode revient au médecin.

Sinon, les motifs les plus fréquents sont la peur de l'anesthésie, la maturité de la mineure et le terme.

Tableau 24 : Les facteurs influençant et limitant de la méthode médicamenteuse selon les 16 conseillères

Facteurs	Influçant	Empêchant
Terme		3
Problèmes psychologiques		2
Maturité	2	1
Peur de l'anesthésie	4	
Entourage	1	
Information des parents	2	
Médecin qui choisit	2	5
Impossibilité de se rendre à tous les rendez-vous		1
Contre-indication à la méthode		2
Rien	3	3

4 DISCUSSION

4.1 Limites de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative dont le but était de mettre en évidence des différences entre le groupe des IVG médicamenteuses et celui des IVG chirurgicales.

En tenant compte du terme lors de la première consultation, il n'y avait finalement que 52 mineures sur 118 qui permettaient d'étudier des facteurs influençant leur choix.

Du fait d'un échantillon trop petit, notre étude a manqué de puissance statistique et certaines différences n'ont donc pu être mises en évidence.

Ceci a été accentué par les données manquantes dans les dossiers. Certains médecins jugeaient les items trop longs dans notre support : en effet, il s'agissait du dossier habituel du centre d'orthogénie du CHU de Bordeaux auquel des renseignements supplémentaires étaient demandés. Dans le cadre de notre étude, nous avons proposé ce dossier dans d'autres centres d'Aquitaine mais nous n'avons eu aucune réponse de leur part. Il faut imaginer qu'un dossier simplifié aurait été plus facilement diffusé et aurait probablement permis d'avoir un taux de réponse plus important.

De même, le peu de réponses des professionnels de santé ne permet pas de faire une étude comparative sur leurs pratiques. Ces questionnaires, envoyés à tous les médecins des plannings familiaux aquitains, des centres d'orthogénie et CPEF étaient anonymes et, ne sachant pas qui avait répondu, il n'a pas été possible d'essayer de les contacter afin d'obtenir leurs réponses.

Enfin, les questions sur les différents délais (jour de la découverte de la grossesse, délai de la demande de rendez-vous et l'obtention du rendez-vous au centre) demandaient un effort de mémorisation de la part des mineures : ce ne sont peut-être pas des données exactes et cela a pu entraîner un biais d'information.

Ceci est d'autant plus probable que, en calculant en fonction de leurs déclarations, il semble que certaines mineures ont découvert leur grossesse très tôt (3SA + 2, 3 ou 4 jours). Ceci peut paraître difficile car cela signifiait qu'elles n'avaient pas encore constaté de retard dans leur cycle.

4.2 Caractéristiques de la population étudiée

La moyenne d'âge est de $16,17 \pm 0,9$ ans. Ce qui est comparable avec l'étude de Vendittelli(38), où deux cohortes de 61 et 82 mineures ont été étudiées et leurs moyennes d'âge étaient de $16,48 \pm 0,79$ ans et $16,28 \pm 0,88$ ans.

La proportion des 15 ans et moins dans notre étude est de 26,2% et chez Delotte(39), les taux retrouvés dans ses deux cohortes sont de 11,5% et 13,4%. Cette faible proportion peut s'expliquer par une faible activité sexuelle chez les moins de 15 ans : en effet, d'après l'INED, l'âge moyen du premier rapport sexuel chez les jeunes femmes est de 17,6 ans.

Les adolescentes sont majoritairement scolarisées et en particulier au lycée. On retrouve les mêmes chiffres dans les études de Vendittelli et de Delotte.

Plus de la moitié d'entre elles (51%) se déclarent en couple. L'étude finlandaise de Niinimäki(28) et al. retrouve une proportion de 4,6% . Il y a donc une réelle différence entre nos deux études. En comparaison avec nos voisins nordiques, il est probable que l'idée de concubinage chez les adolescentes soit mieux tolérée en France.

Seulement, 4,2% des mineures ont un antécédent d'IVG. Ce taux est donc faible. Ceci est également noté chez Vendittelli où 1,6% et 1,2% des adolescentes ont déjà eu une IVG.

On peut imaginer que l'information sur la prévention donnée suite à une IVG est bonne et efficace.

En 2012, au centre d'orthogénie du CHU de Bordeaux, la proportion des IVG chez les mineures par rapport au nombre total d'IVG (1254 en 2012) est de 9,4%.

En France, selon la DREES en 2010 (derniers chiffres disponibles), 5,5 % des IVG concernaient des mineures.

Nous avons donc dans notre étude un taux plus élevé que celui observé à l'échelle nationale.

Ceci pourrait s'expliquer par une orientation privilégiée des mineures vers le CHU. En effet, certains médecins de ville préfèrent que la mineure soit prise en charge en centre hospitalier plutôt qu'en ambulatoire.

On peut également penser qu'il doit exister des disparités à l'échelle nationale dans l'efficacité

des campagnes d'information sur la contraception et la prévention de l'IVG et expliquer des taux plus élevés d'IVG chez les mineures dans certaines régions.

4.3 Le terme de la grossesse

Les adolescentes découvrent en moyenne leur grossesse à 6SA + 5 jours. Elles consultent en moyenne à 8SA + 5 jours.

Les mineures de notre étude viennent donc tardivement et cela peut déjà expliquer pourquoi la proportion d'IVG médicamenteuse est faible.

25,42 % d'entre elles se présentent le jour de la consultation avec une grossesse strictement inférieure à 7SA, 63,56 % d'entre elles sont entre 7SA et 12SA tandis que 11,02 % présentent une grossesse strictement supérieure à 12SA.

Dans l'étude grenobloise de Vendittelli on retrouve des grossesses précoces inférieures à 7SA chez 4 à 9,09% des mineures et des grossesses entre 7SA et 12SA à 82,66 % et 90,91 %.

Les mineures que nous avons étudiées dans notre centre ont généralement consulté plus tôt que celles de Grenoble : l'information est-elle plus efficace dans notre région ? Ou est-ce qu'avec le temps l'information sur les différents moyens d'accès à l'IVG s'est répandue, expliquant la différence entre l'étude grenobloise de 2001-2002 et la notre de 2012 ? Ceci est très probable avec l'accentuation des campagnes d'information et les modes de communication facilités pour les adolescents.

Cependant, on peut nuancer nos résultats par rapport à l'étude américaine de Phelps(27) où les mineures sont venues beaucoup plus précocement : 57,14 % avant 7SA et 42,86 % entre 7 et 8SA.

Il serait intéressant de connaître les méthodes d'information aux Etats-Unis pour les comparer avec les nôtres.

4.4 Motifs de la demande d'IVG

Il s'agissait d'une question avec différentes propositions pouvant amener parfois à plusieurs réponses.

Le motif prédominant est celui du jeune âge : 82 des mineures (75%) déclarent être trop jeunes pour avoir un enfant. De manière moins importante, on retrouve la volonté de poursuivre des études et les difficultés financières. A noter que la raison religieuse n'a été évoquée qu'une seule fois.

Il semble donc que les mineures soient assez matures pour avoir des relations sexuelles mais pas pour assumer un enfant issu de ces relations.

Ces différents motifs sont retrouvés dans la littérature, notamment dans l'étude de Delotte(36) où 45% des mineures demandaient une IVG du fait de leur jeune âge.

4.5 Motifs de la mineure sur le choix de la méthode IVG

Lorsque les mineures souhaitent avoir recours à la méthode médicamenteuse, c'est avant tout pour éviter l'anesthésie générale. Cameron et al (40) ont retrouvé ce même motif ainsi que la volonté d'éviter un acte chirurgical. Les femmes trouvaient également cette méthode plus « naturelle ».

En revanche, dans notre étude, quand elles refusent cette méthode, la première raison est le fait qu'elles ont peur d'avoir mal avec la voie médicamenteuse ou qu'elles souhaitent « ne rien voir », ce qui est encore retrouvé chez Cameron et al.

Phelps(27) a étudié sur un petit échantillon de mineures l'acceptabilité de la méthode médicamenteuse, de la douleur, des saignements et des autres effets secondaires (nausées, vomissements, diarrhée, céphalées). Les jours suivants l'IVG, 75 % des mineures trouvaient la méthode acceptable tandis qu'à quatre semaines de l'IVG, c'était 96 % d'entre elles. En comparaison, dans les jours suivants l'IVG, les jeunes femmes trouvaient la douleur acceptable à 36 %, les saignements à 43 % et les effets secondaires à 46 % pour des taux respectifs à quatre semaines de l'IVG à 71 %, 79 % et 92 %.

Finalement, chez les mineures interrogées peu de temps après leur IVG médicamenteuse, peu d'entre elles ont toléré la douleur mais avec le recul, presque les trois-quarts d'entre elles trouvent la douleur acceptable.

Ainsi, Phelps précise que les adolescentes sont ambivalentes : bien que cette méthode soit douloureuse et présente des effets secondaires, elles pensent que cela vaut la peine de les subir

pour éviter une IVG chirurgicale. 79 % recommanderaient même cette méthode à une amie plutôt que l'IVG chirurgicale.

Dans notre étude, un autre motif était mis en avant pour ne pas effectuer la méthode médicamenteuse : certaines adolescentes soulignaient que cette méthode était moins efficace que la voie chirurgicale.

Pourtant, les études montrent que ces deux méthodes sont tout aussi efficaces : la chirurgie a un taux de réussite de 99% tandis que l'IVG médicamenteuse a un taux de réussite de 95% jusqu'à 7SA. Certes, l'efficacité pour cette méthode décroît entre 7 et 8 SA (93,4%) et entre 8 et 9 SA (87%) mais elle reste tout à fait satisfaisante(41).

Se pose donc la question du manque d'information des mineures quant aux différentes techniques d'IVG. Elles semblent également méconnaître les moyens disponibles pour contrôler la douleur. Les mineures sont-elles donc bien informées ?

Cette question est d'autant plus intéressante que seulement 44,9% des adolescentes que nous avons interrogées déclarent connaître la méthode médicamenteuse avant leur IVG. Il semblerait effectivement que les mineures ne sont pas assez informées sur les différentes techniques d'IVG.

Le rapport Nisand(42) met en évidence que les mineures sont peu informées sur la contraception, la sexualité et la reproduction. Des mesures sont proposées pour prévenir les IVG chez les adolescentes avec notamment un accès facilité à la contraception et la mise en place de structures permettant une meilleure information sur la sexualité. Il serait probablement intéressant d'aborder également la question de l'IVG, et plus précisément les différentes techniques disponibles, pour quels délais de grossesse, le déroulement, leurs efficacités et leurs effets indésirables respectifs.

4.6 Influence du professionnel de santé et ses conséquences

Finalement, le seul facteur influençant mis en évidence dans cette étude est le médecin rencontré lors de la première consultation au centre d'orthogénie.

On remarque en effet que certains médecins pratiquent peu voire aucunement la méthode médicamenteuse et utilisent exclusivement la voie chirurgicale.

Nous avons envisagé ce paramètre et avons donc interrogé les médecins sur leurs pratiques. Dans les réponses obtenues, on s'aperçoit que les médecins proposent toujours la méthode médicamenteuse aux mineures. En revanche, si tous déclarent pratiquer cette technique jusqu'à 7SA, au-delà de ce terme, il n'y a qu'un seul médecin qui admet la réaliser. Il faut rapporter ce résultat uniquement aux praticiens hospitaliers qui sont les seuls à pouvoir utiliser la méthode médicamenteuse au-delà de 7SA : nous avons donc obtenu un taux de 20% (1 médecin sur les 5 hospitaliers).

Certes ce résultat n'est pas représentatif du fait de la petite taille de l'échantillon mais il permet d'avoir un aperçu des pratiques des médecins hospitaliers. Quels peuvent être les freins à la pratique de la méthode médicamenteuse ?

Certains rapportent que l'âge de la mineure et plus particulièrement la maturité de la mineure influence leur choix. Par contre, on retrouve également l'influence de la maturité chez certains médecins alors qu'ils déclarent ne pas être influencés par l'âge.

On peut se demander si la maturité est un facteur décisionnel unique. Certains professionnels seraient-ils réticents à pratiquer la méthode médicamenteuse ? Surtout à des termes plus avancés où le risque de complication est plus important ? Il serait intéressant d'interroger les médecins plus précisément sur leurs pratiques et savoir ce qui les influence.

Vendittelli(38) s'est interrogé sur le rôle de l'histoire personnelle des médecins. Dans son étude, les mineures ont également recours de manière plus importante à la méthode chirurgicale (83,6 % dans le groupe 1 et 94,67% dans le groupe 2) qu'à la méthode médicamenteuse. Il précise qu'en dehors du terme auquel les mineures consultent pour la première fois, il faudrait probablement mettre en lien la résistance de certains professionnels de santé qui sont eux-mêmes parents d'adolescents et peuvent donc être influencés par leur entourage.

Le Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS) s'est intéressé à l'organisation du système de soins concernant l'IVG. Le rapport met en évidence que la méthode médicamenteuse se développe rapidement sur le territoire mais de manière inégale. Ainsi, il est souligné que le choix des femmes sur leur méthode d'IVG

dépend trop souvent de l'organisation des établissements, des installations techniques disponibles ou encore de la formation des équipes pratiquant les IVG.(43)

Ceci conforte notre idée qu'effectivement le médecin influence le choix de la méthode.

D'autre part, se pose la question de l'aspect économique. L'IVG chirurgicale coûte jusqu'à 644,74 € en secteur public tandis que le coût de l'IVG médicamenteuse est de 257,91 €.

Avec la mise en place du système de la T2A (Tarification A l'Activité) dans le cadre de la réforme plan Hôpital 2007, qui consiste à payer les établissements en fonction de leur activité, on peut se demander si, sous la pression des cotations, les médecins ne favorisent pas l'acte chirurgical. En fait, les chiffres de la DREES 2011(13) ne valident pas cette hypothèse et n'expliquent pas la préférence des médecins de notre étude : la proportion d'IVG médicamenteuse est de 50,08% pour 49,92% d'IVG chirurgicales.

En revanche, dans les établissements privés la proportion entre les deux méthodes est beaucoup plus marquée. En effet, en 2011, dans les établissements privés, la DREES a observé 15 276 IVG médicamenteuses pour 21 525 IVG chirurgicales, soient des proportions respectives de 41,51% et 58,49%.

Ces chiffres sont importants car ce ne serait pas seulement le médecin qui influencerait le choix de la méthode mais également son lieu d'exercice.

Du point de vue des patientes, Moreau et al. (44) ont mis en évidence que le type d'IVG dépend fortement du fait que la femme participe au choix de la méthode. Cependant, 50% des patientes qui avaient accès aux deux méthodes n'ont pu faire valoir leur choix. Les raisons évoquées étaient qu'elles n'avaient pas été consultées sur le sujet, qu'elles faisaient confiance au médecin pour faire le meilleur choix pour elles ou qu'une seule technique était proposée dans l'établissement. Ceci souligne l'influence effective du médecin.

Ce qui intervient également est l'information donnée sur les techniques d'IVG par les professionnels de santé. Parmi les patientes qui ont eu le choix de la méthode, 90,6% déclarent avoir été informées sur les deux techniques. Logiquement, elles devraient toutes être informées. En effet, le dossier-guide, fourni par l'ARS et le ministère de la Santé, récapitulant le déroulement de l'IVG doit être remis à toutes les patientes. En fonction du professionnel de santé, les femmes ne reçoivent donc pas la même information. Il serait peut-être utile d'essayer de

mettre en place une « ligne directrice » auprès des professionnels de santé pour être sûr que toutes les informations seront bien données aux femmes leur donnant accès à un consentement libre et éclairé.

Il faut savoir que Howie et al.(45) ont démontré que les femmes attachent beaucoup d'importance à la possibilité d'avoir le choix. Quelque soit la méthode réalisée, celle-ci est très acceptable à partir du moment où la patiente a pu faire valoir ses préférences au médecin. Il est intéressant de voir que le professionnel de santé peut même avoir des conséquences sur l'acceptabilité de la méthode.

Nous n'avons pas pu évaluer l'influence de la conseillère conjugale sur la mineure. En effet, comme certaines l'ont souligné dans le questionnaire, au final, ce n'est pas elles qui prennent la décision de la méthode.

Cependant, la conseillère peut quand même jouer un rôle décisionnel : lors de l'entretien, elle recueille les craintes et les souhaits de l'adolescente ainsi que ceux de l'entourage. Elle permet donc d'obtenir une autre évaluation de la maturité de la patiente. Ceci pouvant aider le médecin dans sa démarche décisionnelle.

4.7 Information de l'entourage

Dans notre étude, les parents sont informés chez 54% des adolescentes tandis que le partenaire est informé chez 85% d'entre elles.

Il y a donc une nette différence en faveur du partenaire qui est également retrouvé chez Delotte où dans 43,7 % des cas les parents sont informés et dans 89,2 % des cas le partenaire est informé. Ces faibles pourcentages en faveur des parents peuvent s'expliquer par le fait que ces deux études ont été menées après la loi de 2001 qui abroge l'obligation d'obtenir l'accord parental pour accéder à l'IVG.

En effet, cet aspect a été étudié par Vendittelli et al qui ont mis en évidence une différence entre l'avant et l'après de cette loi. Dans le groupe avant la loi, 16,39 % des mineures refusaient de prévenir leurs parents alors qu'elles étaient 38,27 % dans le groupe après ($p = 0,005$).

Ce faible taux d'information des parents pourrait expliquer pourquoi nous n'avons pas retrouvé leur influence sur la mineure dans son choix de la méthode d'IVG.

Le partenaire est particulièrement informé de la demande d'IVG. Pour autant, il n'influence pas l'adolescente dans son choix. On peut donc supposer que son rôle est avant tout d'accompagner sa conjointe, de la conforter dans ses choix. Ceci se retrouve aussi dans la demande d'IVG où dans 62,71% des cas, il s'agit d'une demande de couple, ce qui signifie que le partenaire est en accord avec son amie.

Cette absence d'influence de l'entourage était également retrouvée chez Delotte et al qui avaient observé que la mineure n'était pas influencée par son entourage quant à la décision de faire une IVG.

Il faut tout de même noter que même si le partenaire est le plus souvent informé, ce sont les parents qui accompagnent généralement la mineure : le partenaire n'accompagne la mineure que dans 21,2% des cas et chez Venditelli dans 18,04 à 24,70% tandis que les parents sont présents dans 38,1% des cas et 34,56 à 50,80% chez Venditelli.

4.8 Rôle de la maturité de l'adolescente

Pour les professionnels de santé, la maturité de l'adolescente semble être un critère pour guider cette dernière dans le choix de la méthode d'IVG. En effet, dans notre échantillon, 9 professionnels de santé sur 15 et 3 conseillères conjugales sur 16 mettent cet aspect en avant.

La question de la maturité des adolescents a déjà été évoquée à plusieurs reprises dans la littérature. C'était surtout en rapport avec la capacité du mineur à prendre une décision concernant un traitement médical.

L'American Psychological Association (APA)(46) considère que l'adolescent de plus de 16 ans est aussi mature qu'un adulte : leurs capacités morales et sociales sont comparables. Cependant, le contexte psychosocial (résistance à l'influence des autres adolescents, contrôle de l'impulsivité...) diffère selon chacun et modifie son degré d'influencabilité.

Dans son article, Hickey(47) pense également que les adolescents ont une capacité cognitive et une compétence à raisonner similaires à celles d'un adulte. Cependant, ils manquent de responsabilité morale, de jugement et d'expérience pour comprendre les conséquences de leurs actes. Il faudrait donc, pour déterminer si le mineur a la compétence de prendre une décision

médicale, prendre en compte sa capacité à comprendre le but d'un traitement, les risques, les conséquences à court et long termes, les bénéfices et les traitements alternatifs.

Au vu de ces données, il est donc difficile de donner un âge-seuil à partir duquel on peut considérer l'adolescent et l'adolescente comme étant matures. Ceci peut paraître paradoxal avec l'attitude de certains médecins ou professionnels de santé de notre étude qui, de manière arbitraire, ne proposent la méthode médicamenteuse qu'à partir de 16-17 ans.

Ce n'est donc pas si simple et très subjectif d'évaluer la maturité d'une patiente dans la pratique, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un sujet aussi sensible que celui de l'avortement.

Finalement, sans ligne directrice claire, cela se fait au cas par cas.

5 CONCLUSION

La réalisation de l'IVG médicamenteuse chez la mineure est encore peu fréquente.

Cette étude avait donc pour but de déterminer les facteurs pouvant influencer la mineure dans le choix de sa méthode d'IVG.

La connaissance de ces-derniers peut constituer un outil intéressant pour tous les médecins, aussi bien généralistes ambulatoires que gynécologues, dans la prise en charge de la patiente mineure consultant pour une IVG.

Même si l'entourage est très présent autour de la mineure, celui-ci n'a pas montré d'influence sur cette-dernière.

Nous avons retrouvé que le médecin était le seul facteur influençant la mineure dans son choix. Ceci peut s'expliquer par les motivations personnelles du médecin mais également par son évaluation de la maturité de la mineure, ce qui peut influencer sur sa décision médicale.

Cependant, notre enquête ne peut être généralisée à toute la France car notre résultat peut s'expliquer par les pratiques propres à chaque professionnel de santé et donc dépendre de chaque centre d'orthogénie.

De plus, le terme moyen de la grossesse le jour de la consultation était avancé et a limité a fortiori la proportion d'IVG par méthode médicamenteuse.

Les raisons du choix des mineures ont également limité la part des IVG médicamenteuses. Ces-dernières semblent mal informées sur les différentes techniques d'IVG. Il serait intéressant d'améliorer l'information des mineures sur les méthodes d'IVG et ne pas seulement les informer sur la prévention de la grossesse.

Une étude de puissance suffisante évaluant l'acceptabilité du procédé médicamenteux serait donc utile pour comprendre les raisons des adolescentes.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Center for Reproductive Rights. The World's Abortion Laws. 2013. worldabortionlaws.com/map/
2. Statistiques mondiales. Délai légal du recours à l'IVG. 2011. www.statistiques-mondiales.com
3. International Planned Parenthood European Network Federation. Abortion, Legislation in Europe. Mai 2012. www.ippfen.org
4. Journal Officiel. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse. 18 janvier 1975.
5. Journal Officiel n° 156. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 7 juillet 2001: 10823.
6. Journal Officiel n°152. Décret n°2004-636 du 1er juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions de grossesse hors établissement de santé et modifiant le code de santé publique (2ème partie : partie réglementaire). 2 juillet 2004; 27 : 12061.
7. Article L2212-7 de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001. Code de la santé publique.
8. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet. 2012 Feb 18;379(9816):625–32.
9. Kafé H, Brouard N. Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? Population et Sociétés. 2000 Oct;(361).
10. Jones RK, Henshaw SK. Mifepristone for early medical abortion: experiences in France, Great Britain and Sweden. Perspect Sex Reprod Health. 2002 Jun;34(3):154–61.
11. Medication Abortion. Mifepristone approval. www.medicationabortion.com
12. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. DREES Etudes Résultats. 2012 juin;(804).
13. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011. DREES Etudes Résultats. 2013 juin;(843).
14. Observatoire régional de la santé en aquitaine. Le point sur les interruptions volontaires de grossesse en Aquitaine. 2010.
15. Agence Régionale de Santé, Direction de la stratégie, Services Etudes, Statistiques et Prospectives. Les IVG chez les mineures en Aquitaine. 2013.

16. Agence Régionale de la Santé d'Aquitaine, Direction de la stratégie, Service Etudes, Statistiques et Prospectives. Les IVG en Aquitaine chez les mineures selon la technique utilisée. 2013.
17. Agence Régionale de la Santé d'Aquitaine, Direction de la stratégie, Service Etudes, Statistiques et Prospectives. Les IVG en Aquitaine chez les mineures selon le lieu de l'acte. 2013.
18. HAS, Service des bonnes pratiques professionnelles. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. Décembre 2010.
19. Service Public. Interruption volontaire de grossesse (IVG). 9 avril 2013. <http://vosdroits.service-public.fr/>
20. Service Public. Interruption volontaire de grossesse (IVG) : remboursement à 100% pour toutes les assurées sociales. 28 mars 2013. <http://vosdroits.service-public.fr/>
21. Agence française de sécurité sanitaire (Afssaps). Rapport d'évaluation Mifégyne 200 mg, comprimé (mifépristone). 2008.
22. Mifégyne. Vidal. 2013. p. 1447–8.
23. Gymiso. Vidal. 2013. p. 1019.
24. Cytotec. Vidal. 2013. p. 568.
25. Comité de pharmacovigilance de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Enquête officielle aux effets vasculaires (coronariens et cérébraux) au cours de l'utilisation du misoprostol dans l'IVG (Gymiso, Cytotec). Mai 2013.
26. Schaff EA, Eisinger SH, Stadalius LS, Franks P, Gore BZ, Poppema S. Low-dose mifepristone 200 mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception*. 1999 Jan;59(1):1–6.
27. Phelps RH, Schaff EA, Fielding SL. Mifepristone abortion in minors. *Contraception*. 2001 Dec;64(6):339–43.
28. Niinimäki M, Suhonen S, Mentula M, Hemminki E, Heikinheimo O, Gissler M. Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: population register based study. *BMJ*. 2011;342:d2111.
29. Winikoff B, Ellertson C, Elul B, Sivin I. Acceptability and feasibility of early pregnancy termination by mifepristone-misoprostol. Results of a large multicenter trial in the United States. Mifepristone Clinical Trials Group. *Arch Fam Med*. 1998 Aug;7(4):360–6.
30. Provansal M, Mimari R, Grégoire B, Agostini A, Thirion X, Gamberre M. Medical abortion at home and at hospital: a trial of efficacy and acceptability. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2009 Dec;37(11-12):850–6.

31. Yazdani SH, Zeinalzadeh M, Bouzari Z, Golsorkhtabar-Amiri M. Effects of vaginal versus oral misoprostol to terminate second-trimester pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2012;39(4):529–31.
32. Kapp N, Lohr PA, Ngo TD, Hayes JL. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2010;(2):CD007207.
33. Faucher P. L'interruption volontaire de grossesse. 2010. www.imea.fr/imea-fourmier/
34. Hamoda H, Templeton A. Medical and surgical options for induced abortion in first trimester. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010 Aug;24(4):503–16.
35. Rørbye C, Nørgaard M, Nilas L. Medical versus surgical abortion efficacy, complications and leave of absence compared in a partly randomized study. *Contraception*. 2004 Nov;70(5):393–9.
36. Creinin MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*. 2000 Sep;62(3):117–24.
37. Ashok PW, Kidd A, Flett GMM, Fitzmaurice A, Graham W, Templeton A. A randomized comparison of medical abortion and surgical vacuum aspiration at 10-13 weeks gestation. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2002 Jan;17(1):92–8.
38. Vendittelli F, Pons JC. Elective abortions for minors: impact of the new law in France. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007 Jan;130(1):107–13.
39. Delotte J, Pillet E, Bafghi A, Boucoiran I, d' Angelo L, Bongain A. Minors' request for voluntary termination of pregnancy. A study of their motivations and influences at the CHU of Nice. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2007 Aug;35(7-8):662–5.
40. Cameron ST, Glasier AF, Logan J, Benton L, Baird DT. Impact of the introduction of new medical methods on therapeutic abortions at the Royal Infirmary of Edinburgh. *Br J Obstet Gynaecol*. 1996 Dec;103(12):1222–9.
41. Aubény E, Peyron R, Turpin CL, Renault M, Targosz V, Silvestre L, et al. Termination of early pregnancy (up to 63 days of amenorrhea) with mifepristone and increasing doses of misoprostol. *Int J Fertil Menopausal Stud*. 1995;40 Suppl 2:85–91.
42. Nisand I, Toulemon L. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. *Haut Conseil de la Population et de la Famille*; 2006 Décembre.
43. L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG). *Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale*; 2011 Jan.
44. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Medical vs. surgical abortion: the importance of women's choice. *Contraception*. 2011 Sep;84(3):224–9.

45. Howie FL, Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Medical abortion or vacuum aspiration? Two year follow up of a patient preference trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1997;104(7):829–33.
46. Steinberg L, Cauffman E, Woolard J, Graham S, Banich M. Are adolescents less mature than adults?: minors' access to abortion, the juvenile death penalty, and the alleged APA "flip-flop." *Am Psychol.* 2009 Oct;64(7):583–94.
47. Hickey K. Minors' rights in medical decision making. *JONAS Healthc Law Ethics Regul.* 2007 Sep;9(3):100–104; quiz 105–106.

ANNEXES

Annexe 1 : Dossier médical concernant les mineures

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX
HOPITAL PELLEGRIN**

SERVICE D'ORTHOGENIE

AGE :

Nationalité :

1. Célibataire 2. Mariée
3. Union libre 4. Séparée
5. Divorcée 6. Veuve

Niveau d'études :

Papiers d'identités vus : oui non

ADRESSE :

TEL PERSONNEL :

MINEURE: Secret : oui non

Majeur désigné :

Identité vue : oui non

PERSONNE A PREVENIR :

Nom :

Tél :

Au courant de la démarche : oui non

DATE D'IVG CHIRURGICALE :

DATE D'IVG MEDICAMENTEUSE:

➤ Prévues :

➤ Prévues:

➤ Repoussée le :

➤ Repoussée le :

➤ Annulée le :

➤ Annulée le :

CONSULTATION GYNECOLOGUE

Date :

Nom du Médecin :

Suivie par : _____

Adressée par : _____

Date dernières règles :

Terme SA :

Terme Echographique en SA :

Cycle : régulier

irrégulier

Terme estimé SA au TV :

Date à laquelle la grossesse a été constatée par la patiente :

EVENEMENTS PRECEDANT LA CONSULTATION :

Date à laquelle le rendez-vous de consultation a été pris par la patiente :

Délai entre le jour de la demande et celui de la consultation :

Lors de la demande de rendez-vous, qui était le contact :

Secrétaire Infirmière Sage-femme Médecin Conseillère

Lors de ce premier contact, a-t'on abordé :

la méthode médicamenteuse : oui non

la méthode chirurgicale : oui non

METHODE CONTRACEPTIVE LE MOIS PRECEDENT LA GROSSESSE/

- | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| 1. Pilule EP | <input type="checkbox"/> | 2. Patch Evra | <input type="checkbox"/> | 3. Nuvaring | <input type="checkbox"/> | 4. Pilule lendemain | <input type="checkbox"/> |
| 5. Pilule micro P | <input type="checkbox"/> | 6. Implanon | <input type="checkbox"/> | 7. Pilule macroP | <input type="checkbox"/> | 8. Aucune | <input type="checkbox"/> |
| 9. DIU cuivre | <input type="checkbox"/> | 10. DIU Prog | <input type="checkbox"/> | 11. Préservatif | <input type="checkbox"/> | 12. Retrait | <input type="checkbox"/> |
| 13. Méthode naturelle | <input type="checkbox"/> | 14. Autres | <input type="checkbox"/> | Laquelle : | | | |

RAISONS D'ECHEC :

CONTRACEPTIONS DEJA UTILISEES :

1. Pilule EP 2. Patch Evra 3. Nuvaring 4. Pilule lendemain Nombre de fois :
5. Pilule micro P 6. Implanon 7. Pilule macroP 8. Aucune
9. DIU cuivre 10. DIU Prog 11. Préservatif 12. Retrait
13. Méthode naturelle 14. Autres Laquelle :

TIG : le :

CONSULTATION GYNECOLOGUE

Date : Nom du Médecin :

Suivie par : _____ Adressée par : _____

Date dernières règles :

Terme SA :

Terme Echographique en SA :

Cycle : régulier irrégulier Terme estimé SA au TV :

Date à laquelle la grossesse a été constatée par la patiente :

EVENEMENTS PRECEDANT LA CONSULTATION :

Date à laquelle le rendez-vous de consultation a été pris par la patiente :

Délai entre le jour de la demande et celui de la consultation :

Lors de la demande de rendez-vous, qui était le contact :

Secrétaire Infirmière Sage-femme Médecin Conseillère

Lors de ce premier contact, a-t'on abordé :

la méthode médicamenteuse : oui non

la méthode chirurgicale : oui non

METHODE CONTRACEPTIVE LE MOIS PRECEDENT LA GROSSESSE/

1. Pilule EP 2. Patch Evra 3. Nuvaring 4. Pilule lendemain
5. Pilule micro P 6. Implanon 7. Pilule macroP 8. Aucune
9. DIU cuivre 10. DIU Prog 11. Préservatif 12. Retrait
13. Méthode naturelle 14. Autres Laquelle :

RAISONS D'ECHEC :

CONTRACEPTIONS DEJA UTILISEES :

- | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|------------------|
| 1. Pilule EP | <input type="checkbox"/> | 2. Patch Evra | <input type="checkbox"/> | 3. Nuvaring | <input type="checkbox"/> | 4. Pilule lendemain | <input type="checkbox"/> | Nombre de fois : |
| 5. Pilule micro P | <input type="checkbox"/> | 6. Implanon | <input type="checkbox"/> | 7. Pilule macroP | <input type="checkbox"/> | 8. Aucune | <input type="checkbox"/> | |
| 9. DIU cuivre | <input type="checkbox"/> | 10. DIU Prog | <input type="checkbox"/> | 11. Préservatif | <input type="checkbox"/> | 12. Retrait | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Méthode naturelle | <input type="checkbox"/> | 14. Autres | <input type="checkbox"/> | Laquelle : | | | | |

TIG : le :

ECHOGRAPHIE : le :

> Résultat Terme SA :

> Sac : mm non

> LCC : mm BIP : mm AC : non

Parité

	Année	AVB	Césarienne	Evénements
>				
>				
>				
>				
>				

FCS :

IVG :

Date(s) et méthode(s) utilisée(s) pour l'IVG :

ATCD médicaux et chirurgicaux particuliers:

TABAC :

DEMANDE IVG

1. Seule 2. Couple 3. Conjoint

Les parents de la patiente sont-ils informés de la demande d'IVG : père mère

Le partenaire est-il informé de la demande d'IVG : oui non

MOTIVATION DE LA DEMANDE :

- | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1. Problème couple | <input type="checkbox"/> | 2. Pb financier | <input type="checkbox"/> | 3. Pb psy | <input type="checkbox"/> |
| 4. Diag. précoce de malformation | <input type="checkbox"/> | 5. Déficience intellectuelle | <input type="checkbox"/> | 6. G désirée puis refusée | <input type="checkbox"/> |
| 7. Echec de contraception | <input type="checkbox"/> | 8. Pb médical | <input type="checkbox"/> | 9. Pb social | <input type="checkbox"/> |
| 10. Autres | <input type="checkbox"/> | Laquelle : | | | |

MOTIVATION DE LA DEMANDE TARDIVE (≥ 12 SA):

- | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 1. Fausses règles | <input type="checkbox"/> | 2. Hésitation | <input type="checkbox"/> | 3. Problème couple | <input type="checkbox"/> |
| 4. Diag. précoce de malformation | <input type="checkbox"/> | 5. Diagnostic tardif de G | <input type="checkbox"/> | 6. Sexe fœtal non souhaité | <input type="checkbox"/> |
| 7. G. dissimulée aux proches | <input type="checkbox"/> | 8. Pb psy | <input type="checkbox"/> | 9. Déficience intellectuelle | <input type="checkbox"/> |
| 10. G désirée puis refusée | <input type="checkbox"/> | 11. Difficultés d'accès IVG | <input type="checkbox"/> | 12. RAS | <input type="checkbox"/> |
| 13. Pb ou erreur médicale | <input type="checkbox"/> | 14. Dénî de grossesse | <input type="checkbox"/> | 15. Pb de prise en charge sociale | <input type="checkbox"/> |
| 16. Autres | <input type="checkbox"/> | Laquelle : | | | |

METHODE CHOISIE :

- | | | | | |
|----------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| ➤ IVG par aspiration | Sous AG | <input type="checkbox"/> | Sous AL | <input type="checkbox"/> |
| ➤ IVG médicamenteuse | Hospitalisation | <input type="checkbox"/> | A Domicile | <input type="checkbox"/> |
| | CI RU à Domicile | <input type="checkbox"/> | Refus RU à Domicile | <input type="checkbox"/> |

La patiente connaissait-elle la méthode médicamenteuse avant la demande d'IVG : oui non

La patiente a-t'elle choisi seule la méthode : oui non

Si non, qui l'a aidée à choisir :

Quelles sont les raisons du choix de cette méthode :

Contraception choisie :

Précautions particulières :

Recherche de chlamydia trachomatis fait oui non

ENTRETIEN DE LA CONSEILLERE

DATE :

NOM :

ORGANISME EXTERIEUR :

Annexe 2 : Questionnaire pour le professionnel de santé concernant l'IVG chez la mineure

(entourez la réponse qui convient)

Date :

Département :

1) Profession :

2) Age :

3) Sexe :

4) Informez-vous toutes les mineures de la méthode médicamenteuse si le terme le permet ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?.....

.....

5) Proposez-vous, si cela est possible, la méthode médicamenteuse ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?.....

.....

6) L'âge de la patiente influe-t'il vos propositions ? Oui Non

Si oui, à partir de quel âge faites-vous la méthode médicamenteuse ?

.....

7) Si la mineure demande une IVG médicamenteuse et que son terme le permet, accédez-vous à cette demande ? Oui Non

Si non, pourquoi ?.....

.....

8) Réalisez-vous des IVG médicamenteuses :

Jusqu'à 7 SA ? Oui Non

Entre 7 et 9 SA ? Oui Non

Annexe 3 : Questionnaire pour les conseillères concernant l'IVG chez la mineure

(entourez la réponse qui convient)

Date :

Département :

1) Age :

2) Sexe :

3) Recevez-vous la mineure seule ou en présence du majeur accompagnant ?

.....
.....

4) Lors des entretiens, les mineures connaissent déjà la méthode médicamenteuse : jamais
rarement souvent tout le temps

5) Informez-vous toutes les mineures de la méthode médicamenteuse si le terme le permet ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?.....

.....
.....

6) L'âge de la patiente influe-t'il vos propositions ? Oui Non

Si oui, à partir de quel âge informez-vous de la méthode médicamenteuse ?

.....
.....

7) Quels sont les autres facteurs influençant votre proposition de méthode médicamenteuse ?

.....
.....
.....

8) Quel est le principal facteur vous empêchant de proposer la méthode médicamenteuse ?

.....
.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.