



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ECOLE DE SAGE-FEMME DE METZ

IVG A L'ADOLESCENCE

Profil type ou face cachée ?



Mémoire présenté et soutenu par :

Hélène BIGI

Née le 27 Avril 1982

Promotion 2003-2007

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

SOMMAIRE :



<u>INTRODUCTION</u>	2
---------------------------	---

Chapitre 1 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. L'ADOLESCENCE :

<i>expérience maturante incontournable pour le passage à l'âge adulte</i>	4
1.1 Généralités.....	4
1.2 Période à risque : passage à l'acte ou rite de passage.....	6
1.3 La sexualité à l'adolescence.....	10
1.4 Désir de grossesse et désir d'enfant à l'adolescence.....	12
1.5 L'interruption volontaire de grossesse ou le désir de mort.....	13

2. HISTORIQUE DE L'IVG, LEGISLATION et METHODES

2.1 Généralités.....	15
2.2 Le 17 Janvier 1975, proclamation de la loi Veil.....	17
2.3 La loi du 4 Juillet 2001.....	17
2.4 Choix de la méthode selon l'âge gestationnel.....	19
2.5 Cas particulier de la « pilule du lendemain ».....	20

3. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE EN FRANCE

21

4. LA SAGE-FEMME ET L'IVG

4.1 Les centres de planification familiale.....	24
4.2 La sage-femme au sein d'un centre de planification familiale.....	25
4.3 Le conseiller conjugal et familial.....	26
4.4 La sage-femme et la pratique de l'IVG.....	26

Chapitre 2 : ENQUETE PROSPECTIVE

1. METHODOLOGIE

28

2. L'ETUDE

30

2.1 Les conditions socio-économiques de ces jeunes femmes ayant subi une IVG.....	32
2.2 Rapport de ces jeunes femmes avec la sexualité et la contraception.....	32
2.3. Notion de conflits parents-adolescents et de conduites à risque.....	34
2.4. Les jeunes femmes face à l'IVG.....	35

Chapitre 3 : CONSTATS ET PERSPECTIVES D'AVENIR

1. LA PROBLEMATIQUE DE DEPART	42
2. HYPOTHESES DE DEPART	43
2.1 Un problème de contraception ?.....	43
2.2 Existe-t il un profil socio-économique type d'adolescentes ayant recours à une IVG ?.....	45
2.3 L'IVG est elle l'expression d'un rite de passage ou d'un mal-être propre à l'adolescence ?.....	46
2.3.1. <i>Un rite de passage à l'âge adulte ?.....</i>	46
2.3.2. <i>Un profil comportemental commun concernant les conduites à risque ?.....</i>	48
2.3.3. <i>Un manque de dialogue dans la cellule familiale ?.....</i>	49
3. QUE PEUT-ON FAIRE POUR AMELIORER LA SITUATION ACTUELLE ?	51
3.1 Continuer la diffusion des moyens de contraception.....	51
3.2 Rester à l'écoute des jeunes.....	52
3.3 Sensibiliser les parents à l'adolescence.....	52
4. DANS L'AVENIR	54
<u>CONCLUSION</u>	56
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	58
<u>ANNEXES</u>	60

INTRODUCTION

Durant ma formation d'étudiante sage-femme, j'ai eu l'opportunité de réaliser un stage dans un centre de planification familiale auprès d'une sage-femme.

J'ai été surprise du nombre de demandes d'interruptions volontaires de grossesse, notamment chez les adolescentes.

Sensible à leur détresse, je me suis intéressée de plus près à ces jeunes femmes qui n'avaient pas d'autre solution que d'interrompre une grossesse qui ne semblait guère désirée... : quel parcours avaient-elles suivi ? comment en sont-elles arrivées là ?

En effet, malgré la multiplication des moyens de contraception, non seulement le nombre d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) chez les adolescentes ne diminue pas, mais au contraire, il est en hausse constante depuis plusieurs années.

Comment expliquer ce phénomène, comment y remédier, et quelles sont les jeunes filles concernées ? Comment, en tant que sage-femme, me sera-t'il possible de les accompagner dans leur choix de « non-naissance » ?

Les candidates à l'IVG répondent-elles à un profil socio-économique type, sont-elles victimes d'un défaut d'information, ou révèlent-elles une face cachée dans les profondeurs de l'iceberg qu'est l'adolescence dont on ne voit souvent que la partie émergée donnant une image d'inconscience ou d'avidité à « mordre la vie à pleines dents » ?

Pour répondre à ces questions, je me suis attelée à mieux comprendre l'état d'adolescence avec ses bouleversements physiques, psychiques, ses éventuelles souffrances et ses non-dits.

Puis, à l'aide d'un questionnaire, j'ai recueilli le témoignage de jeunes filles confrontées à l'IVG, afin de mieux cerner leur mode de vie, de mieux comprendre leurs parcours, et les raisons qui les ont motivées à prendre cette douloureuse décision.

Enfin, en confrontant ces différentes données, j'ai pu discuter mes hypothèses de départ et proposer quelques pistes de réflexions.

CHAPITRE PREMIER :

Revue de la littérature

1. L'ADOLESCENCE :

expérience maturante incontournable pour le passage à l'âge adulte [25]

1.1 Généralités:

Définitions :

Etymologiquement, le mot adolescent vient du verbe latin *adolescere*, qui signifie croître, pousser, grandir, se fortifier, dépasser l'âge de la tutelle. Ce mot traduit bien le phénomène évolutif de l'adolescence, moment dynamique du développement global, c'est une période de transformation, ou l'être humain suit son évolution.

- Dans le dictionnaire Larousse :

Adolescent (e) : « *Qui est dans l'adolescence* »

Adolescence : « *Période de la vie, entre puberté et âge adulte* »

Puberté : « *parvenu au terme de sa croissance* » « *Personne ayant atteint ou dépassé l'âge de vingt ans environ* »

- Dans le dictionnaire médical Masson :

Adolescence : « *Période de la vie située entre l'enfance et l'âge adulte. Elle commence à la puberté avec l'apparition des caractères sexuels secondaires et se termine avec la fin de la croissance* »

En réalité il est très difficile de dire avec précision où commence l'adolescence et où elle se termine, d'en définir les contours et même le contenu.

Certes, l'adolescence commence à la puberté, mais ne se confond pas avec elle. L'adolescence est un phénomène psychologique et la puberté un phénomène biopsychique.

L'une est spécifique de l'espèce humaine, l'autre commune à l'homme et à l'animal.

[3]

Concernant la puberté, il existe des critères biologiques concrets et repérables : développement pileux, maturation osseuse, ménarches pour les filles et premières éjaculations pour les garçons.

Concernant l'adolescence, par contre, ces critères objectifs n'existent pas et il est difficile d'affirmer de manière péremptoire: « c'est un(e) adolescent(e) ». L'adolescence relève plus d'un état psychique. C'est un moment où la personne ne se sent plus enfant mais pas encore adulte.

Les adolescents ne savent pas se situer, ne savent pas qui ils sont, d'où la phrase mythique du jeune Hamlet de Shakespeare : « Qui suis-je, et me faut-il être ou ne pas être ? ».

Cette étape psychique est d'ailleurs communément ressentie par l'entourage comme un état de transition mal défini, marqué par le passage à « l'âge ingrat », et donc souvent évoqué avec une connotation négative. Autant l'enfance peut être idéalisée, autant l'adolescence peut être diabolisée.

Dans les sociétés primitives l'adolescence était une période plus courte mais marquée par des rites initiatiques, des rites de passage de l'enfant à l'âge adulte.

Les progrès techniques, l'allongement de la durée moyenne de vie, et les acquisitions culturelles ont fait croître la durée de l'adolescence de nos jours.

De ce fait, les jeunes rentrent plus tard dans la vie active et restent de plus en plus dépendants de leurs parents.

Quelques mots sur la puberté :

La puberté représente l'ensemble des phénomènes physiques, psychiques, mentaux et affectifs qui caractérisent le passage de l'état d'enfant à l'état d'adulte aboutissant à la fonction de reproduction.

Cette série de changements étalée sur plusieurs années se caractérise par une poussée de croissance étroitement contemporaine de l'apparition des caractères sexuels secondaires.

Les différents stades du développement pubertaire sont cotés de 1 (stade pré-pubère) à 5 (stade adulte) selon la classification de Tanner.

ANNEXE I : ECHELLE DE TANNER POUR LE GARCON ET LA FILLE

La maturation pubertaire est contrôlée par des facteurs neuroendocriniens et endocriniens. Le déclenchement de la puberté est caractérisé par la réactivation de la fonction gonadotrope après la période de quiescence de cette fonction en post natal et tout au long de l'enfance.

La poussée de croissance pubertaire :

Le démarrage de la croissance pubertaire est chez la fille synchrone des premiers signes pubertaires vers 10,5 ans.

La vitesse de croissance s'accélère, passe de 5 cm/an avant la puberté à un maximum de 8 cm/an (extrêmes de 6 à 11 cm) vers l'âge de 12 ans (extrêmes de 10 à 14 ans). La taille au début de la croissance pubertaire est en moyenne de 140 cm. La croissance pubertaire totale moyenne est de 23-25 cm.

En conclusion : l'adolescence est un moment critique parce que l'individu réévalue ses défenses et ses mécanismes d'adaptation : son image de soi n'est pas encore déterminée.

C'est aussi la période d'insertion de l'individu au sein de la société, du monde des adultes.

Du point de vue physique ce sont les modifications corporelles dues à la puberté qui accompagnent ce passage de l'enfant à l'adulte.

1.2 Période à risque : passage à l'acte ou rite de passage : [9] , [11], [16], [18]

Dans la majorité des cas le corps de l'enfant est silencieux : le corps est en bonne santé. D'ailleurs le chirurgien Leriche disait « La santé, c'est le silence des organes. ». Brutalement à l'adolescence le corps va faire du bruit de par les modifications corporelles, que l'adolescent va nous faire entendre sous forme de différentes plaintes somatiques (mal au ventre, mal au dos, mal au genou...) : c'est la cristallisation d'une angoisse toujours prête à surgir s'exprimant par le corps.

En cas d'incapacité à intégrer les transformations de la puberté, celle-ci s'exprimera par un conflit qui se situe au niveau du corps, qui va être refusé et maltraité.

Ainsi, dans certains cas, l'adolescent va vouloir prendre le contrôle de son corps et le marquer à sa façon (passage à l'acte) dans un but d'individuation. Cette étape sera vécue comme une transition pour atteindre le stade d'adulte, un rite de passage*.

* «processus destiné à réaliser psychologiquement le passage d'un état, réputé inférieur, de l'être à un état supérieur» (S. Hutin, Docteur ès Lettres, diplômé de l'Ecole pratique des Hautes Etudes, ex-attaché de recherche au CNRS).

Passage à l'acte par la prise de contrôle de son corps au moyen de l'alimentation :

La représentation corporelle que le jeune a de lui-même est abordée par des questions à propos de son poids, sa taille, son apparence physique en général et sur le désir d'y changer quelque chose. En effet, l'apparence physique revêt une grande importance pour l'adolescent au fur et à mesure qu'il voit des transformations dans son corps et l'évolution de celui-ci vers un corps d'adulte.

Cette importance augmente avec l'âge et le fait de se sentir bien dans son corps contribue à se sentir heureux, avoir confiance en soi et à faire face à la vie.

Certains adolescents adoptent des comportements particuliers dont l'objectif « conscient » est de parvenir à un meilleur contrôle du poids.

On retrouve à l'adolescence une propension à l'obésité, l'anorexie, la boulimie, l'hyperphagie-grignotage, réduction alimentaire, comportement alimentaire qualitativement perturbé....

Plusieurs hypothèses psychopathologiques aident à comprendre la fréquence de ces désordres dans les conduites alimentaires à l'adolescence :

→ ce serait la réactivation de la pulsion orale. Cela s'inscrit dans la perspective d'une régression temporelle : l'adolescent retourne à des modes de satisfaction déjà éprouvés dans son enfance et vécus comme non menaçants (phénomène de refuge).

→ cela rentrerait dans les processus de séparation-individuation : les parents souhaitent maintenir un équilibre alimentaire pour leur enfant alors que l'adolescent revendique de s'alimenter selon ses critères personnels.

→ rejet de la symbolique du repas familial, témoin d'un conflit parent-adolescent

→ besoin de remplissage, d'incorporer le plus grand nombre « d'objets satisfaisants » possible qui peut se traduire par l'absorption de nourriture en grande quantité.

Toutes ces modifications du comportement alimentaire expriment un rite de passage à l'âge adulte et font partie des conduites à risque. N'oublions pas que ces conduites alimentaires exposent l'adolescent à des problèmes sérieux de santé, et c'est en cela que cela constitue une conduite à risque*.

* « Les conduites à risque concernent la mise en danger de soi : risque physique, de son corps, de sa santé (blessure, maladie, mort), mais aussi risque psychologique »
Christophe Allanic, Psychologue Clinicien.

Passage à l'acte par la fugue :

Caricature la dimension de fuite.

C'est un départ impulsif, brutal du domicile familial, le plus souvent solitaire, limité dans le temps, généralement sans but précis, le plus souvent dans une atmosphère de conflit et qui dure environ une nuit.

Passage à l'acte par « auto-agressivité » : suicide, auto-mutilation

Les manifestations auto-agressives de l'adolescent sont dominées par le problème des tentatives de suicide. Néanmoins, d'autres conduites auto agressives s'observent : l'automutilation impulsive ou chronique et l'équivalent suicidaire.

Les automutilations représentent une carence de l'image de soi.

Ces manifestations sont souvent brutales, imprévisibles, après une montée d'angoisse ou d'agitation aisément perceptibles. L'adolescent attaque son corps avec plus ou moins de violence.

On peut rapprocher certaines automutilations, surtout quand elles sont moins importantes (griffures, jeux avec des allumettes, épingles, couteaux...) aux scarifications propres à certains rites de passage.

L'équivalent suicidaire est un ensemble de conduites au cours desquelles la vie du sujet est mise en danger du point de vue d'un observateur externe mais au cours desquelles le sujet dénie les risques pris (accidents répétés de la route, accidents d'overdose, anorexie...).

La tentative de suicide : Chez l'adolescent, elle peut être perçue comme une fuite possible face aux ruptures et aux échecs. Elle peut traduire un appel à l'aide et peut être monnaie de chantage. On peut aussi retrouver la dimension du « jeu », l'adolescent s'en remet à la destinée : « on verra bien » quand celui-ci absorbe par exemple une quantité indéterminée de médicaments.

En conclusion, se manifeste le besoin de maîtrise du corps alors même que les incessants changements corporels donnent à l'adolescent l'impression douloureuse de ne pas en être le dépositaire. Le corps peut dans ces conditions être vécu comme un objet quasi externe, étrange et étranger, sur lequel les tendances agressives et destructrices peuvent se focaliser.

Passage à l'acte par des conduites addictives :

Le tabac :

La consommation de tabac reste chez les jeunes un problème de santé publique. Le plus souvent, l'adolescent fumeur pratique moins d'exercices physiques que les non fumeurs et on constate qu'il a des rapports sexuels plus précoces.

On peut retrouver deux causes qui sont cependant contradictoires, qui pourraient pousser un adolescent à commencer à fumer.

D'une part l'influence des autres, le phénomène de bande, pour une meilleure socialisation au sein d'un groupe ; et d'autre part une volonté de rébellion, pour s'opposer aux « bons » conseils des adultes, un refus des normes sociales.

L'alcoolisation :

Elle peut être perçue comme mode d'intégration au monde adulte. Il s'agit de l'alcoolisme classique en France : en famille, au moment des fêtes, première embauche....., véritable rite de passage.

L'alcoolisation comme conduite toxicomaniaque : l'alcool est devenu une drogue à part entière. Chez l'adolescent, ces toxicomanies alcooliques s'accompagnent souvent de la prise concomitante d'autres drogues.

L'usage de drogues :

L'inquiétante question de l'identité posée à l'adolescence peut être l'origine d'une quête de dé-différenciation radicale où la drogue apparaît comme un moyen de se défendre vis à vis d'une nouvelle individuation, d'une nouvelle naissance secrètement terrifiante.

Cycle du toxicomane : dépression en face de la frustration → 1^{ère} expérience de la drogue → plaisir avec accroissement de l'amour propre → sensation de puissance du moi → disparition de l'effet euphorique → retour à la réalité, ressentie comme encore plus pénible → culpabilité → dépression en face de la frustration....

En conclusion : certaines conduites font partie de la crise d'adolescence. D'autres témoignent d'une souffrance, d'un malaise. C'est la répétition des conduites à risque qui est le signe qu'on est dans un registre pathologique. C'est signe que les conduites ne prennent pas sens. Il peut se créer ainsi une dépendance.

1.3 La sexualité à l'adolescence :

Tout d'un coup le corps change, en peu de temps les filles et garçons voient leur image se modifier. Ils ne maîtrisent plus leur corps, ils ne peuvent pas choisir quand la puberté va commencer et se terminer.

Tout cela se passe sous le regard des autres, des parents, des camarades d'école. Des plaisanteries fusent, les regards changent, l'ambiguïté entre les deux sexes s'amplifie. Cette période peut être vécue par l'adolescent comme traumatique : il se sent passif, il perd le contrôle, ressent une sensation d'être débordé dans ce corps qui s'active, et pour cela il « pourra passer à l'acte » en voulant maîtriser son corps. L'anorexie, la grossesse, le suicide peuvent en partie s'expliquer par un désir de contrôle sur son corps et l'envie de montrer au monde qu'on existe !

Cette passivité à l'adolescence est d'autant plus difficile à vivre que le désir sexuel pousse vers l'autre ; la découverte de l'autre est très importante, l'adolescent va comprendre qu'il n'a pas les deux sexes, il **découvre son incomplétude**.

La sexualité confronte aussi à la dépendance affective, révèle le lien particulier entre l'insécurité affective et les angoisses de séparation précoces. Cela renvoie à la qualité de l'attachement vécu dans les premières années de la vie (secure et insecure).

En effet l'approche sexuelle va créer un rapport de dépendance affective vis à vis de l'autre, avec un sentiment ambivalent d'insécurité, d'angoisse, de séparation précoce toujours présents.

Pour l'adolescent, **la sexualisation est un moyen de se sentir adulte**, de prouver les compétences de son corps et son indépendance aux parents. Cependant il faut savoir qu'à travers la sexualité, la pratique sexuelle, tant chez l'adulte que chez l'adolescent, il y a un côté infantile qui resurgit. C'est dans notre sexualité que resurgissent toutes les facettes de notre personnalité, elle reprend toute notre histoire.

Il semble que les besoins de base pour les ados soient, en matière de sexualité : [13]

- le besoin d'**intimité**, de proximité avec l'autre
- le besoin d'**appartenance**
- le besoin de **curiosité**, de compétence, la volonté de rechercher des expériences nouvelles
- le besoin de **passion**, d'intensité

Comment l'adolescent envisage-t'il l'acte sexuel ?

On peut remarquer que le plus souvent les premières relations sexuelles ne sont pas préméditées. [10].

On note deux types de comportements.

D'une part, certains ont des relations sexuelles selon un mode opératoire : pour eux c'est la pratique qui compte, la technique, la performance. C'est un moyen de se protéger des débordements affectifs ; l'acte sexuel est machinal, il suit une technique, rien ne les relie au plus profond de leur personnalité, rien ne va dans l'affectif, tout est dans l'effectif. [14]

D'autres vont idéaliser l'acte sexuel, rêver au romantisme. Dans ce cas cela peut aboutir à une grande déception, brutale, l'autre est idéalisé au détriment de la réalité.

L'âge moyen du premier rapport sexuel n'a que peu évolué depuis une vingtaine d'années, il est de 17 ans et 6 mois pour la fille et de 17 ans et 3 mois pour le garçon. Le plus souvent la première relation sexuelle se déroule entre des jeunes du même âge, le comportement sexuel est spontané, non programmé et sporadique.

C'est pour cette raison qu'une contraception fiable à l'adolescence est difficile à mettre en place.

Rapport des adolescents avec la contraception :

Les adolescents ressentent une toute puissance, un fantasme mégalomane : « à moi, il ne peut rien m'arriver ! », conviction invoquée tant vis à vis de la grossesse que des infections sexuellement transmissibles. Cette conviction d'infécondité, à rapprocher de celle d'immortalité propre à cette période, expliquerait leur conduite à risque en matière de sexualité (peut-on protéger ce que l'on nie ?).

Par ailleurs, la contraception avec utilisation de produits chimiques tels que la pilule vient contredire le besoin de naturel et d'équilibre qu'expriment les adolescentes. Des moyens de contraception tels que l'implant, l'anneau vaginal, peuvent être ressentis comme une intrusion au sein de leur corps.

De plus, l'obstacle à l'utilisation d'une contraception peut en être le coût : en effet les pilules ne sont pas toutes remboursées par la sécurité sociale. [22]

Une jeune fille n'acceptera de consacrer une partie de son argent de poche pour l'achat d'une pilule contraceptive que pendant une durée limitée. [21]

En conclusion :

L'adolescent apprend à connaître l'autre progressivement, il ne va plus se centrer sur lui-même, ce rapport va évoluer vers une relation complète sentimentale et sexuelle.

Sexualité et fécondité sont séparés.

Pour l'adolescent, le plaisir est la valeur à atteindre : oui ils peuvent faire l'amour mais ils ne se sentent pas féconds, ils ne se rendent pas compte de leur pouvoir de procréation.

On peut donc affirmer qu'il y a un comportement de prise de risques dans la pratique de la sexualité, tant par la non protection contre les infections sexuellement transmissibles que par l'absence d'utilisation de contraceptifs.

Et pourtant il semblerait que les adolescents aient de nos jours connaissance des différents moyens de contraception et des infections sexuellement transmissibles.

1.4 Désir de grossesse et désir d'enfant à l'adolescence : [11]

On notera que le désir de grossesse à l'adolescence est plus grand que le désir d'enfant. En effet on remarque que la plupart des grossesses vont être interrompues (presque dans 70% des cas).

Selon Marcelli, le désir de grossesse est très fréquent chez la jeune fille de 14-15 ans. Elle ressent le besoin de s'assurer que ses organes génitaux fonctionnent, tout en étant dissocié du désir d'enfant.

Du point de vue étymologique, désir signifie « regretter l'absence ».

« De-sidus » signifie cesser de contempler l'astre ; ainsi le sens a évolué vers une forme plus positive c'est-à-dire « chercher à obtenir, souhaiter » donc désirer...

La régulation du désir se fait par l'appareil psychique : Moi, Surmoi et Idéal du Moi. C'est lui qui permet d'éviter les conflits et les excès en déclenchant des mécanismes de transformation, mutation voire inhibition.

Quand l'appareil psychique est débordé, qu'il ne peut parer à un désir trop violent, incontrôlable, plusieurs mécanismes peuvent se mettre en place et donner des symptômes névrotiques et comportementaux. Le passage à l'acte est un des mécanismes de défense de l'appareil psychique.

On peut donc considérer que la grossesse et l'interruption volontaire de grossesse sont une façon de contrôler inconsciemment des conflits psychiques générés par un désir inapproprié.

Désirer un enfant revient aussi à désirer être enceinte, être pleine et être femme comme sa mère. C'est à travers cette ressemblance et en ébranlant les repères de sa mère, que l'adolescente va lui montrer qu'elle a besoin d'elle. Elle va par sa grossesse interpeller sa mère et casser l'image de l'enfant idéal et parfait. Elle va tromper la confiance que la mère avait dans sa fille.

Selon Morise, la grossesse est pour l'adolescente un moyen d'accéder au stade adulte, juste être « capable de ». Le plus souvent l'IVG n'est alors pas culpabilisante pour elle et son image narcissique s'en voit même renforcée.

1.5 L'interruption volontaire de grossesse ou le désir de mort :

Certes il y a le désir de grossesse, de l'enfant, mais aussi le désir de mort à travers la pratique de l'interruption volontaire de grossesse.

L'enfant engendré, non voulu, va être supprimé, comme un sacrifice, le prix à payer pour accéder à une identité. De cette façon la grossesse prend un sens, l'enfant représente une monnaie d'échange.

Par la grossesse, la jeune fille passe de femme à mère, après avoir été « *fillette de...* ».

L'interruption volontaire de grossesse est un choix non choisi, pour devenir une femme et non une mère ; le but n'étant pas de devenir mère, la seule solution est l'IVG.

N'oublions pas que la réactivation des conflits oedipiens est très puissante à l'adolescence. Pour être reconnue, avec sa sexualité non reconnue, cette jeune femme doit être enceinte et mettre à mort cette grossesse qui n'est pas un désir d'enfant possible mais exprime le désir d'un enfant qui veut grandir sur une autre scène. [12]

Ces grossesses sont souvent qualifiées comme survenant au plus mauvais moment. Quelques fois on retrouve un évènement avant la conception, tel qu'un deuil, une séparation.... Mais ces grossesses peuvent prendre un sens puisque, comme le souligne M-M Chatel, il apparaît que certaines grossesses adviennent pour être supprimées : « La grossesse survient comme l'effet d'un sursaut physique....elle est comme un appel mais déplacé sur une potentialité d'enfant....Elle survient comme une réaction qui déplace l'impossible détachement, sous la forme d'une grossesse impossible à garder. »

Le choix de l'interruption de grossesse est également influencé par les figures parentales de l'adolescente et par le regard que la société va porter sur la jeune mère qu'elle pourrait devenir.

Il est important de savoir si la décision a été prise par l'adolescente ou bien si la pression de l'entourage et de la société n'a pas été la plus forte.

Cela montre toute l'importance des entretiens pré-IVG. En effet c'est le moyen pour ces adolescentes « d'articuler les faces signifiantes et subjectives de cet évènement ». L'IVG est parfois un appel à l'aide lors de graves perturbations psychologiques personnelles ou familiales, d'où l'intérêt d'un soutien psychologique. De même, l'IVG reste un « acte violent », car l'accès se fait par le corps, qu'il est important d'extérioriser par la parole.

2. HISTORIQUE DE L'IVG, LEGISLATION et METHODES

2.1 Généralités [8], [28]

On décrit trois types d'avortements :

- « l'avortement spontané est celui qui survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire »
- « l'avortement thérapeutique qui est un avortement provoqué dans le but de soustraire la mère au danger que la grossesse est censée lui faire courir »
- « l'avortement provoqué est celui qui survient à la suite de manœuvres ou entreprises quelconques destinées à interrompre la grossesse », que ce soit ou non pour motif médical.

En pratique on entend parler d'IVG, ITG, IMG, IVMG..... Et pourtant **il ne devrait subsister que IVG et IVMG**, c'est-à-dire Interruption Volontaire de Grossesse et Interruption Volontaire Médicale de Grossesse. En effet toute interruption de grossesse ou avortement non spontané est la conséquence du choix de la femme.

Ici nous ne parlerons que de l'interruption volontaire de grossesse, c'est-à-dire les avortements provoqués sans raison médicale.

De tous temps et dans **toutes les sociétés on a cherché à maîtriser les naissances** que ce soit par la contraception ou l'avortement et ni les lois ni les différentes religions n'ont pu et ne pourront empêcher les femmes d'avorter.

Il est tout de même nécessaire de se référer à un principe de départ qui est que l'avortement est une transgression, mais qui, selon les circonstances, les événements, peut devenir inévitable voire nécessaire et de ce fait ne doit jamais faire encourir de sanction de la part d'une société qui a elle-même secrété les difficultés, les circonstances, les événements en cause. Ainsi, l'appui d'une loi est fondamental.

En 1234, le Pape Grégoire IX déclare que Dieu instille l'âme au fœtus masculin à 40 jours et à 80 jours au fœtus féminin. Dès lors l'avortement devient un crime et est condamnable d'excommunication. Durant les siècles suivants, divers moyens sont mis en œuvre pour limiter le recours à cette pratique.

C'est ainsi qu'en 1810, le code Napoléon condamne l'avorteur, l'avortée et les personnes en connivence.

C'est au début du XVIIIème siècle qu'apparaît le Néomalthusianisme, mouvement militant pour faire connaître les procédés anti-conceptionnels qui en font une arme contre le malheur, et considère l'avortement comme un dernier recours, mais réclame sa légalisation pour éviter les conséquences dramatiques des avortements clandestins. Ce mouvement disparaîtra en France après la deuxième guerre mondiale.

Parallèlement au néomalthusianisme, un mouvement nataliste de tendance conservatrice et catholique émerge dans les mêmes temps ; ce sont les repopulateurs, ils s'appuient sur le fait que la France voit sa croissance démographique diminuer vers les années 1900. En 1914 une politique d'incitation à la natalité est mise en place. Après la 1^{ère} guerre mondiale, la maternité devient un enjeu politique, les natalistes profitent de ces circonstances pour faire voter la loi de 1920.

Il faut savoir qu'on estimait à 100000 le nombre d'avortements pratiqués à Paris à cette époque, réalisés par des sages-femmes, médecins pour les femmes les plus riches et par des matrones sans diplômes pour les plus démunies. C'est dans ce contexte qu'une loi a été votée le 23 Juillet 1920. Cette loi réprime la complicité et la provocation à l'avortement ainsi qu'à toute propagande anticonceptionnelle. Elle entrave la contraception féminine mais les préservatifs sont préservés pour lutter contre les maladies vénériennes.

La loi du 27 Mars 1923 correctionnalise l'avortement et aggrave les peines.

La loi du 14 Septembre 1941 classe l'avortement comme une infraction « de nature à nuire à l'unité nationale, à l'Etat et au peuple français ».

La loi du 5 Février 1942 fait de l'avortement un crime contre la sûreté de l'Etat, passible donc de la peine capitale.

A la libération, la natalité va exploser : c'est le « baby boom ». Le problème de population ne va plus se poser dans le domaine de la démographie mais dans la liberté de choisir.

En 1956, le mouvement de la « Maternité heureuse » est créé, pour devenir le « Mouvement français pour le planning familial » en 1960. Sa mission est de lutter contre les avortements clandestins, d'assurer l'équilibre psychologique du couple et d'améliorer la santé des mères et des enfants.

Le 28 décembre 1967, la loi Neuwirth est proclamée pour modifier la loi de 1920 sur la contraception, mais c'est une loi restrictive (consentement parental pour les mineurs donc de moins de 21 ans....).

2.2 Le 17 Janvier 1975, proclamation de la loi Veil :

Cette loi a été mise en place afin d'éviter les complications désastreuses des avortement non médicalisés et illégaux.

A savoir qu'une femme sur deux connaît une grossesse accidentelle et une fois sur deux, elle désire l'interrompre.[21]

Elle va donc légaliser l'avortement, mais sous certaines conditions.

« La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie »

« La femme enceinte [...] dans une *situation de détresse* peut demander à un *médecin* l'interruption de sa grossesse [...] avant la fin de la dixième semaine de grossesse. »

Les avortements doivent être pratiqués dans des *établissements hospitaliers, publics ou privés*.

Il est obligatoire pour ces femmes de subir un entretien social et de bénéficier *d'une semaine de délai de réflexion*.

La jeune fille mineure doit avoir l'autorisation parentale.

A partir de cette date des centres d'orthogénie vont être annexés aux hôpitaux, mais la mise en place est lente. Beaucoup de médecins se servent de la clause de conscience et même si l'avortement est devenu légal, il est souvent difficile pour les femmes d'y avoir recours.

On remarque tout de même que les avortements clandestins ont considérablement diminué et que le recours aux filières étrangères est devenu rare.

ANNEXE II : LA LOI DU 17/01/1975

2.3 La loi du 4 Juillet 2001: [1], [5], [6], [17], [15], [19]

Le délai légal est repoussé à 12 semaines de grossesse soit 14 semaines d'aménorrhée.

Le droit civil prévoit qu'un mineur ne peut exercer lui même les droits qu'il (elle) a sur son corps en raison de son incapacité juridique (code civil, art. 371-2).

La mineure doit fournir au médecin une confirmation écrite de demande d'IVG en dehors de la présence de toute personne ; elle doit y joindre l'autorisation du titulaire de l'autorité parentale ou de son représentant.

Toutefois la mineure peut désormais garder le secret. L'équipe médicale se devra d'essayer malgré tout d'obtenir le consentement parental.

Si la jeune fille persiste dans son choix, elle devra se faire accompagner par la personne majeure de son choix.

L'adulte choisi par la mineure, n'engage pas sa responsabilité civile ou pénale, il a une mission **d'accompagnement et de soutien psychologique**, et ne se voit accorder aucun attribut de l'autorité parentale.

L'entretien préalable à l'interruption volontaire de grossesse n'est plus obligatoire pour les femmes majeures, mais doit être systématiquement proposé, et **il reste obligatoire pour les mineures.**

Les structures de prise en charge des IVG doivent être en nombre suffisant dans chaque département pour permettre l'accueil correct et dans des délais rapides de toutes les demandes.

Le personnel de ces structures doit bénéficier d'une formation spécifique à cette activité. La patiente doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les cinq jours suivant son appel. Sauf cas exceptionnel, les IVG doivent être réalisées en ambulatoire ou en hôpital de jour c'est à dire un séjour inférieur à 12 heures.

ANNEXE III : LA LOI DU 04/07/2001

→ En pratique : démarches obligatoires pour une adolescente en demande d'une interruption volontaire de grossesse :

La consultation pré-IVG : la première consultation

Des informations claires et précises sur la méthode et la procédure (méthode médicamenteuse ou chirurgicale, l'anesthésie, les prochaines consultations...) doivent être apportées à la patiente.

Les professionnels établissent et mettent à la disposition des patientes des documents d'information écrits, ils doivent remettre le dossier guide établi par la direction générale de la santé.

L'âge gestationnel de la grossesse est précisé par l'interrogatoire, l'examen clinique ; le recours à un examen échographique doit être possible sur place lors de la consultation au moindre doute.

Cette première consultation est aussi l'occasion de proposer selon le contexte clinique, un dépistage des infections sexuellement transmissibles et de faire un frottis cervico-vaginal de dépistage.

Un entretien préalable à l'interruption de grossesse est planifié chez une conseillère conjugale pour les mineures et proposé aux femmes majeures.

Après cette consultation on laisse aux patientes un délai de réflexion de sept jours minimum, ce délai peut être néanmoins raccourci à 48 heures dans une procédure d'urgence. Cette procédure s'applique aux femmes dont l'âge gestationnel est situé entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée et qui risqueraient de dépasser le délai légal.

Toutes les patientes doivent disposer d'un groupe sanguin Rhésus avec recherche d'agglutinines irrégulières. D'autres examens peuvent être prescrits si nécessaire lors d'une éventuelle consultation pré-anesthésique.

2^{ème} Consultation pré-IVG :

Elle a lieu après le délai de réflexion.

Le mode de contraception ultérieure est abordé et éventuellement prescrit dès la visite précédant l'IVG.

On redonne des informations sur le déroulement de l'IVG.

2.4 Choix de la méthode selon l'âge gestationnel :

Les protocoles techniques sont fonction de l'âge gestationnel.

Dans tous les cas où cela est possible la jeune femme doit pouvoir choisir la technique, médicale ou chirurgicale, ainsi que le mode d'anesthésie, locale ou générale.

Avant 7 SA on peut proposer la méthode médicamenteuse : cette méthode ne nécessite ni anesthésie, ni hospitalisation obligatoire contrairement à la méthode chirurgicale (par aspiration).

ANNEXE IV : LES RECOMMANDATIONS DE L'ANAES

2.5 Cas particulier de la « pilule du lendemain » :

Depuis octobre 2000, afin de prévenir une interruption volontaire de grossesse, la contraception d'urgence (Norlevo® Levonegestrel) n'est plus soumise à une prescription médicale obligatoire.

En effet, elle peut être délivrée aux mineures de manière gratuite et anonyme dans les pharmacies, les centres de planification familiale, par les infirmières scolaires, selon un protocole national.

A savoir que le Norlevo® est efficace quand il est pris dans les 72 heures qui suivent le rapport à risque.

Son efficacité est optimale dans les 24 heures qui suivent, elle est alors de 95% pour descendre à 58% de la 48^{ème} à la 72^{ème} heure.

Cette pilule empêche la nidation de l'œuf.

Il est affirmé que le Norlevo® ne présente pas de danger pour la santé.

Il est important de diffuser aux jeunes femmes l'existence de cette pilule du lendemain, mais il est évident que ce procédé ne fait pas partie des méthodes contraceptives, **son utilisation doit rester à titre exceptionnel.**

Il est difficile de classer la contraception d'urgence, c'est une méthode à mi-chemin entre « la pilule » (réelle méthode contraceptive) et l'interruption volontaire de grossesse.

N'oublions pas que même s'il ne nécessite pas d'ordonnance, le Norlevo® reste un médicament.

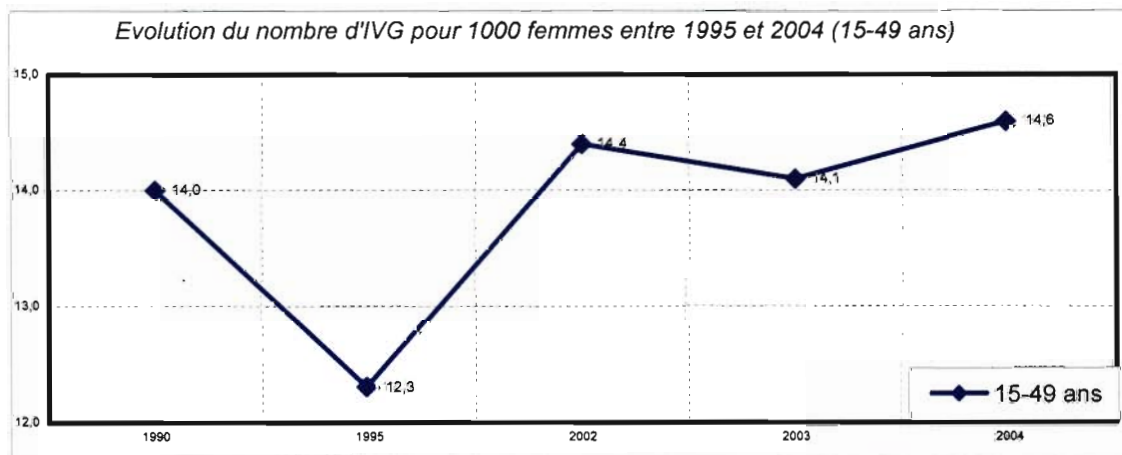
3. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE EN FRANCE [20]

Dans ce chapitre, les chiffres sont issus des trois sources de données actuellement exploitables, qui sont : les bulletins d'interruption de grossesse (BIG) dont le remplissage est prévu par la loi, la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les données issues du Programme médicalisé des système d'information (PMSI).

Ces statistiques recouvrent une période de 15 ans, entre 1990 et 2004.

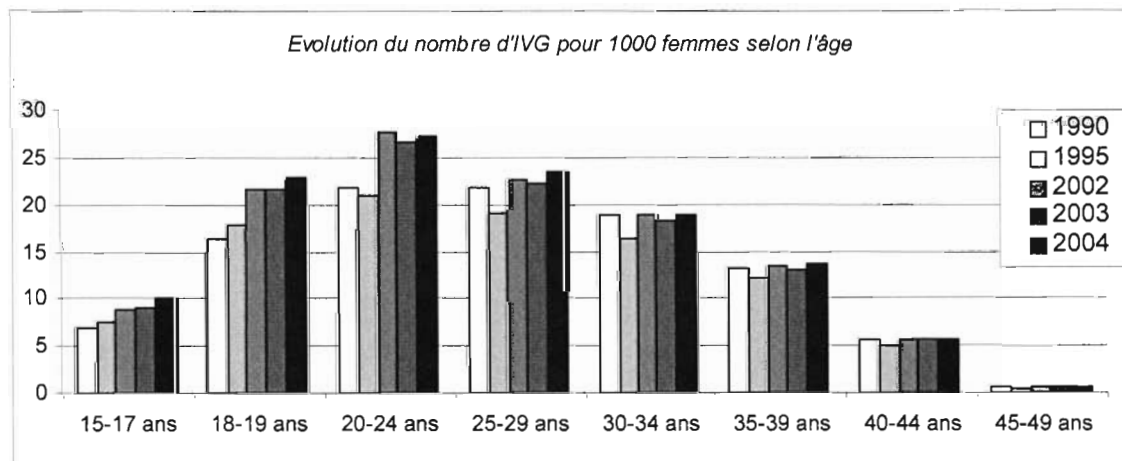
Le nombre total d'IVG en France chez les femmes de 15 à 49 ans se révèle quasi stable entre 1990 et 2004. Il est de 210 664 en 2004.

Après une décroissance entre 1990 et 1995, le taux d'IVG subit une hausse annuelle moyenne de 1.8% entre 1995 et 2004, passant de 12.3/1000 femmes en 1995 à 14.6/1000 en 2004. **FIGURE A**



Observons l'évolution du nombre d'IVG selon les tranches d'âge :

FIGURE B



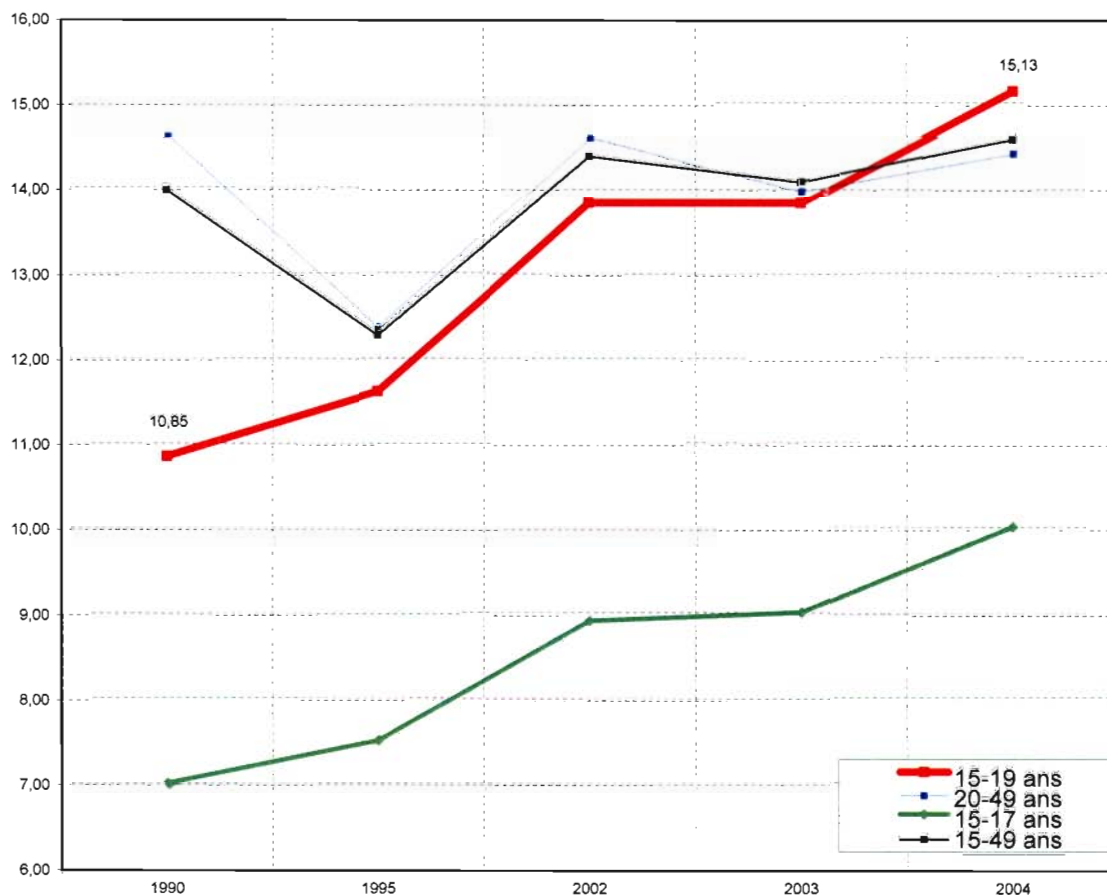
Nous pouvons remarquer (**FIGURES B et C**) une nette différence d'évolution entre la population de moins de 20 ans et celle de 20 ans et plus :

- La courbe d'évolution des femmes de 20 ans et plus subit une évolution globalement parallèle à la courbe générale.
- Par contre, concernant les adolescentes, soit la tranche d'âge des 15-19 ans, la progression est nette et constante tout au long de la période étudiée, passant de 10.9/1000 en 1990 à 15.1/1000 en 2004, soit une hausse de + 39%.
- Concernant les mineures en particulier, la progression depuis 1990 est encore un peu plus marquée, avec une hausse de + 43% entre 1995 et 2004.

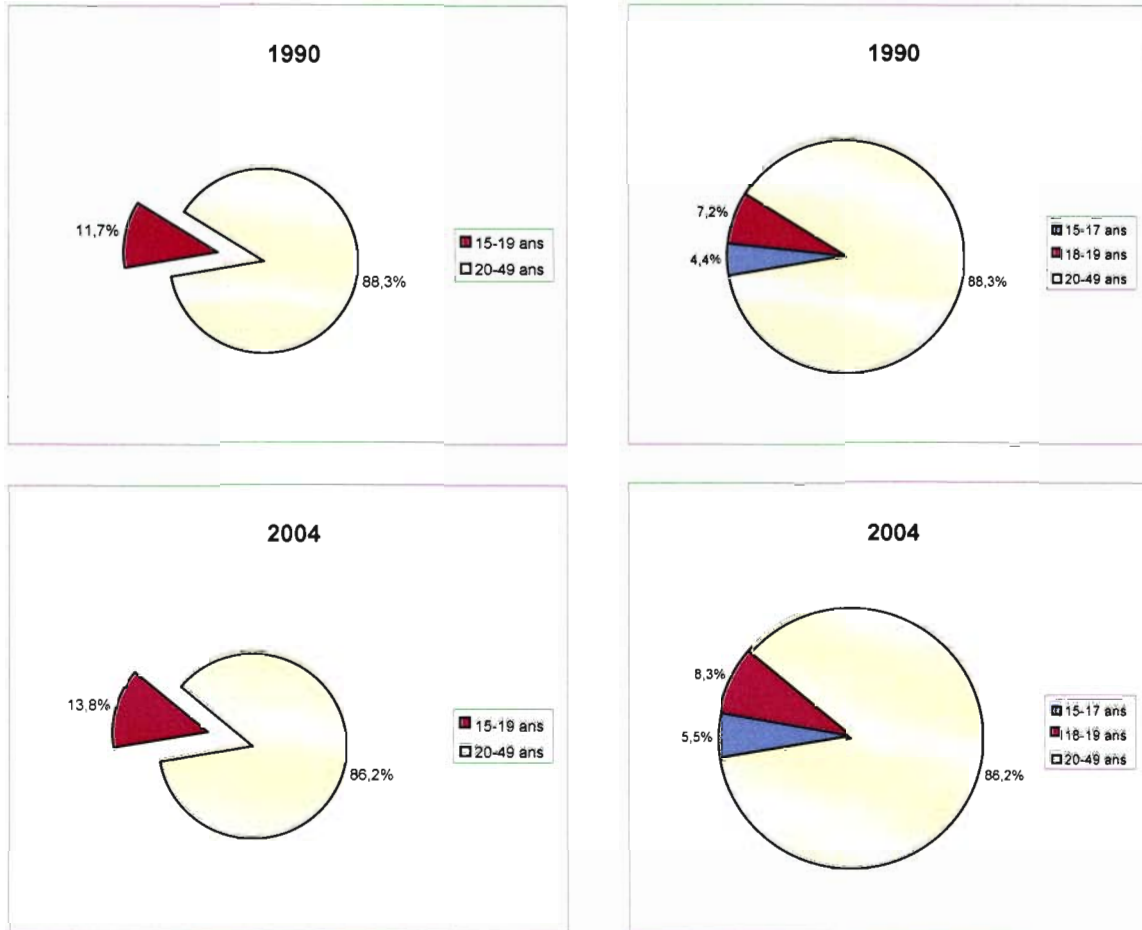
On notera que 1% des jeunes filles de 15 à 17 ans ont subi une IVG en 2004.

FIGURE C :

Evolution du nombre d'IVG pour 1000 femmes selon la tranche d'âge entre 1995 et 2004



Il en résulte que sur l'ensemble des actes d'IVG, la proportion des femmes de moins de 20 ans a augmenté ces 15 dernières années :



Cette progression s'observe malgré le développement de la contraception chez les jeunes, sachant que :

-68% des 15-19 ans déclarent prendre la pilule et

-56% recourir aux préservatifs,

Sans oublier la contraception d'urgence qui s'est fortement développée (fois 6) depuis 2000, date à laquelle elle est devenue accessible en pharmacie sans prescription médicale.

N.B : La France est un des pays du monde où la contraception est la plus utilisée et où le nombre d'IVG ne diminue pas, c'est ce qu'on appelle le « paradoxe contraceptif français ».

A noter tout de même que le nombre de conceptions chez les adolescentes a baissé, mais, quand elles surviennent inopinément, ces grossesses aboutissent le plus souvent à une IVG [23]

4. LA SAGE-FEMME ET L'IVG

4.1 Les centres de planification familiale:

Le docteur Lagroua Weil Halle crée en 1956 l'association « Maternité heureuse ». Ce mouvement revendique le droit fondamental des femmes à disposer de leur corps.

En 1960, il devient le « mouvement français pour le planning familial ».

La loi Neuwirth du 28 Décembre 1967 introduit la notion de centre de planification familiale. Ces centres seront autorisés à délivrer gratuitement des moyens contraceptifs aux mineurs et à ceux qui ne bénéficient pas de couverture sociale. Cependant il faut attendre le décret du 24 avril 1972 pour que la loi soit mise en application et officialise les centres de planification familiale. [32]

Les centres ne doivent poursuivre aucun but lucratif, et nécessitent un agrément avant l'ouverture. Ils sont dirigés par un médecin gynécologue obstétricien ou à défaut par un médecin ayant des connaissances en gynécologie obstétrique et doivent disposer d'au moins une personne compétente en conseil conjugal et familial.

En fonction des besoins de la population, ils doivent s'assurer du concours d'une sage-femme, d'un infirmier, d'un assistant social et d'un psychologue.

Les missions des centres de planification familiale :

- **Réaliser des consultations médicales** relatives à la maîtrise de la fécondité et diffuser l'information.
- **Réaliser des actions individuelles et collectives** au sujet de la sexualité et de l'éducation familiale, soit au sein du centre soit à l'extérieur en collaboration avec les organismes concernés. Les centres doivent par exemple s'ouvrir sur les collèges afin de pouvoir donner des informations sur la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles. [29]
- **Préparer les personnes à la vie de couple et à la parentalité**, à l'aide d'entretiens de conseil conjugal et familial.
- Effectuer le **dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles.**

Pour ce qui est de la délivrance de produits pharmaceutiques, à titre gratuit aux jeunes femmes de moins de 20 ans, les centres doivent s'assurer du concours d'un pharmacien. [7] [30]

Concernant la pratique des IVG, on parle de centres d'orthogénie qui font en réalité partie des centres de planification familiale.

4.2 La sage-femme au sein d'un centre de planification familiale: [4]

Dans beaucoup de centres de planification familiale on trouve une sage-femme, ce n'est pas un hasard.

Le rôle de la sage-femme ne se résume pas à une simple participation à la planification familiale. Elle est dans une position privilégiée d'« éducatrice sexuelle » de par son expérience sur le vécu de la grossesse et de la naissance ; elle est proche de la femme, de son corps, de ses angoisses et de ses joies.

Durant ses études, la future sage-femme suit un enseignement centré sur la gynécologie, la reproduction, la stérilité. En sciences humaines et sociales, les aspects psychologiques de la contraception, de l'interruption volontaire de grossesse, la psychologie de la femme, du couple et de l'adolescente sont des thèmes largement étudiés.

Devant la surcharge de travail des médecins, la sage-femme reste l'interlocuteur privilégié des femmes et jeunes femmes venant consulter au centre de planification familiale.

A noter aussi que depuis Août 2004, la sage-femme est habilitée à prescrire une contraception hormonale après une interruption volontaire de grossesse.

La pratique de l'IVG médicamenteuse par la sage-femme était un des sujets évoqués par le groupe national d'appui de Décembre 2002. [31]

4.3 Le conseiller conjugal et familial : [26]

Le conseiller conjugal et familial reçoit des personnes, des couples voire des familles ayant des difficultés relationnelles, affectives, sexuelles ou éducatives.

Les thèmes abordés sont relatifs à la fécondité, la contraception, la sexualité et la prévention des infections sexuellement transmissibles. Il prépare les jeunes à la vie de couple et à la parentalité ; et il réalise les entretiens pré IVG.

A noter que ces entretiens pré IVG sont mis en place pour limiter une souffrance ultérieure et pour limiter la banalisation de l'IVG.

Le conseiller conjugal et familial est formé à l'accueil, à l'écoute et au dialogue ; il informe, oriente et aide à la réflexion. Il ne donne pas de conseils mais guide les personnes vers la découverte de leurs propres solutions.

Peuvent accéder à la formation de conseiller conjugal et familial les titulaires d'un diplôme d'état professionnel ou universitaire dans le domaine médical, paramédical, social, éducatif, juridique, psychologique ou d'animation.

La formation dure 400 heures qui sont réparties sur 2 ans, avec deux stages de 40 heures à effectuer. Ainsi la sage-femme peut, si elle en éprouve le besoin, suivre cette formation afin d'élargir ses compétences en matière de planification familiale.

4.4 La sage-femme et la pratique de l'IVG : [4]

Le métier de sage-femme se définit dans l'accompagnement de la grossesse, et ce quelle qu'en soit l'issue. De tous temps, les sages-femmes ont aidé les femmes à accoucher et à avorter.

Une IVG est le plus souvent vécue dans la solitude, voire dans la culpabilité, il est important pour les soignants tels que les sages-femmes d'être présents, de pouvoir être disponibles « psychologiquement » et de disposer d'une formation solide tant sur le plan médical que psychologique.

La sage-femme a une grande place dans le domaine de l'avortement, qui se prolongera après l'IVG, en abordant les thèmes de la contraception, la sexualité et la prévention des IST.

Pour Chantal Birman, sage-femme, « **Réintégrer l'avortement aux actes pratiqués par les sages-femmes, c'est l'inscrire du côté de la vie** ».

CHAPITRE 2 :

Enquête prospective

Le nombre d'IVG chez les adolescentes ne cesse d'augmenter depuis les années 1990, et ce malgré les différents moyens de prévention mis en place ces dernières années.

Il m'a paru intéressant de mener une enquête prospective auprès des adolescentes afin de savoir si il existe un « profil » commun entre ces jeunes femmes, un environnement particulier, une méconnaissance de la contraception existante ou s'il s'agit de conduite à risque.

1. METHODOLOGIE :

Mes hypothèses de départ :

- ⇒ Les jeunes femmes ont reçu des informations sur la contraception.
- ⇒ Il n'existe pas de profil socio-économique commun entre les jeunes femmes de moins de 20 ans ayant subi une IVG.
- ⇒ Il existe un facteur propre à l'adolescence (conduites à risque, rite de passage et défaut de dialogue entre ces jeunes femmes et leurs parents).

Pourquoi un questionnaire ?

Ne pouvant rencontrer toutes les jeunes filles ayant eu recours à une IVG, j'ai opté pour la réalisation d'un questionnaire.

De plus ce type d'étude m'a permis d'avoir un plus grand nombre de réponses.

ANNEXE V : LE QUESTIONNAIRE

Choix de la population :

J'ai choisi de diriger mon étude auprès des **jeunes filles de moins de 20 ans** ayant subi une interruption volontaire de grossesse.

J'ai choisi 20 ans comme âge de référence de l'adolescence.

Certes l'âge de la majorité est de 18 ans mais il est très difficile de donner l'âge exact de la fin de l'adolescence, à quel âge devient-on adulte, pas au sens légal, mais plutôt à partir de quel âge se sent-on adulte ?

De plus il me paraissait important de donner les questionnaires aux jeunes filles après l'interruption de grossesse. En effet je ne souhaitais pas que ce questionnaire ait une quelconque influence sur leur choix.

Où s'est déroulée l'étude ?

J'ai pu mettre en place l'étude dans les différents centres d'orthogénie des environs de Metz dans les établissements suivants :

- CHR Hôpital Bon Secours de Metz
- CHR Hôpital Bel Air de Thionville
- Hôpital Maternité Sainte-Croix de Metz
- Hôpital Marie-Madeleine de Forbach
- Hospitalor de Saint-Avold
- Hôpital de Pont-à-Mousson
- Hôpital Maillot de Briey
- Hôpital du Parc de Sarreguemines

Quand s'est déroulée l'étude ?

Elle a été mise en place du 25 octobre 2006 au 14 décembre 2006.

Dans le cadre de la formation de sage-femme, j'ai pu réaliser un stage de deux semaines au sein du centre de planification et d'éducation familiale de l'Hôpital maternité Sainte-Croix. L'orthogénie est une des activités de ce centre.

Ainsi, j'ai pu rencontrer des jeunes femmes de moins de vingt ans en demande d'interruption volontaire de grossesse au moment des différentes consultations avec la sage-femme et le médecin gynécologue obstétricien.

Les biais :

Etant donné que l'étude ne se déroulait que sur un mois, je n'ai pu recueillir qu'un petit nombre de questionnaires.

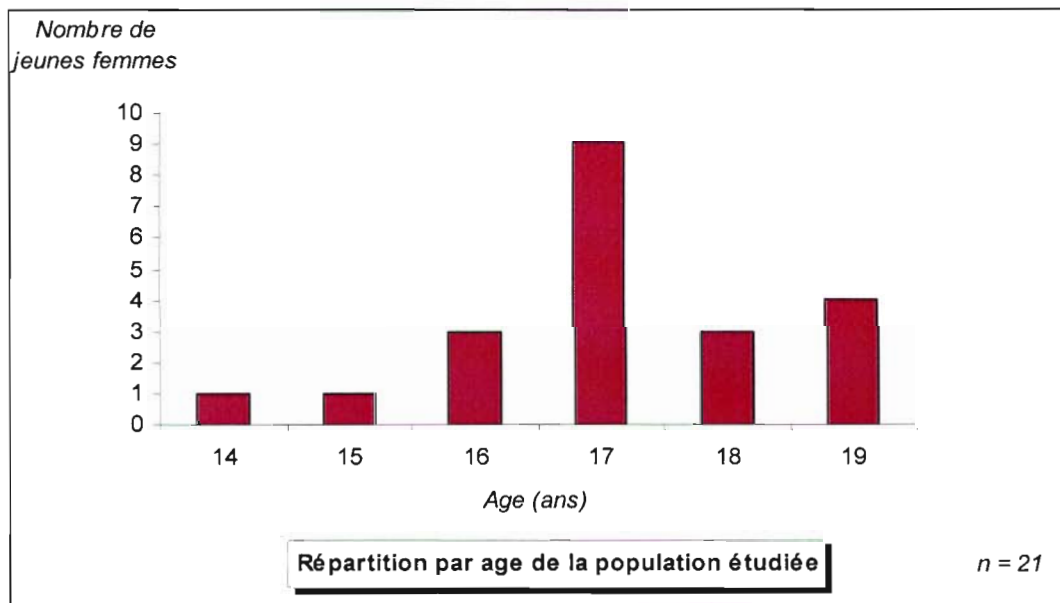
De plus mon étude ne concernait que les établissements publics et un établissement privé à but non lucratif. De ce fait la population étudiée ne représente pas forcément la population générale.

2. L'ETUDE :

Grâce à cette étude sur 1 mois, j'ai pu récolter 21 questionnaires exploitables.

2.1 Les conditions socio-économiques de ces jeunes femmes ayant subi une IVG:

2.1.1 Répartition par âge de la population étudiée : figure 1



La moyenne d'âge de la population étudiée (des jeunes femmes de moins de ans ayant subi une IVG) est de : 17,1 ans

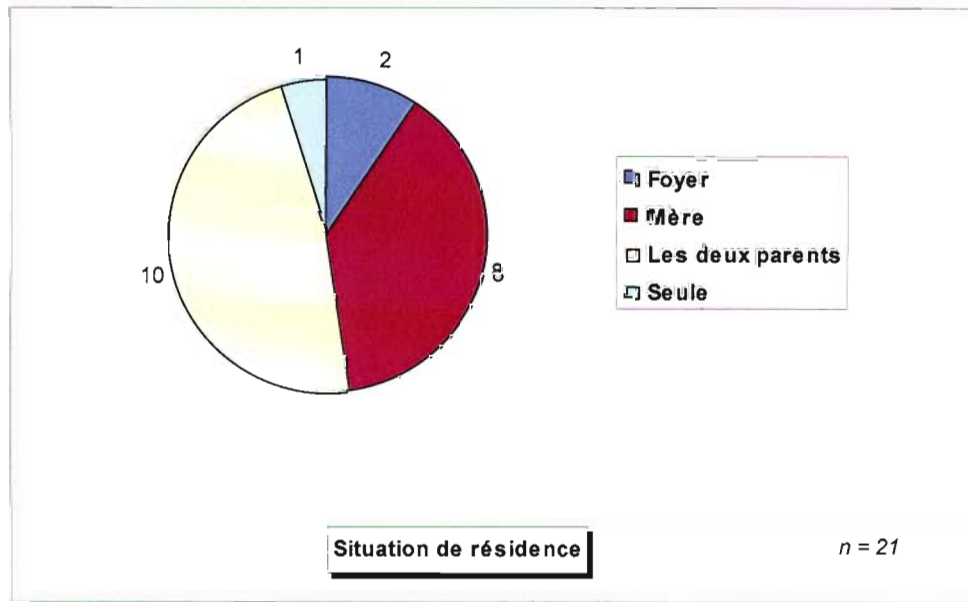
- 14 jeunes femmes étaient mineures.
- 7 ont entre 18 et 20 ans.

2.1.2 Répartition par activité professionnelle de la population étudiée :

Sur les 21 jeunes femmes :

- 4 n'avaient aucune activité
- 8 étaient au lycée (deux en classe de Seconde, une en Première et une en Terminale)
- 5 suivaient des études professionnelles (BEP ou CAP)
- 2 étaient salariées
- 2 suivaient des études secondaires

2.1.3 Lieu de résidence de la population étudiée : figure 2



On observe que :

- 10 de ces jeunes femmes vivent chez leurs deux parents
- 8 ne vivent que chez leur mère
- 2 vivent dans un foyer
- 1 vit seule

2.1.4 Activité socioprofessionnelle des parents de la population étudiée :

Pour 17 de ces jeunes femmes, les deux parents travaillent.

Pour 2 de ces jeunes femmes, seule la mère travaille.

Pour une de ces jeunes femmes, ni le père ni la mère n'a d'activité professionnelle.

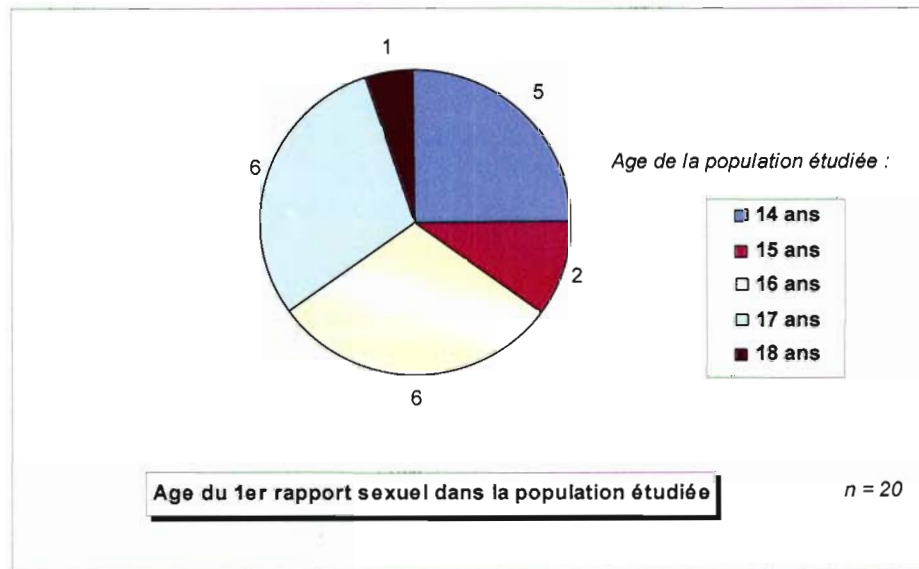
Enfin une jeune femme n'a pas répondu à la question.

2.1.5 La fratrie :

2 de ces jeunes femmes sont « fille unique ».

2.2 Rapport de ces jeunes femmes avec la sexualité et la contraception:

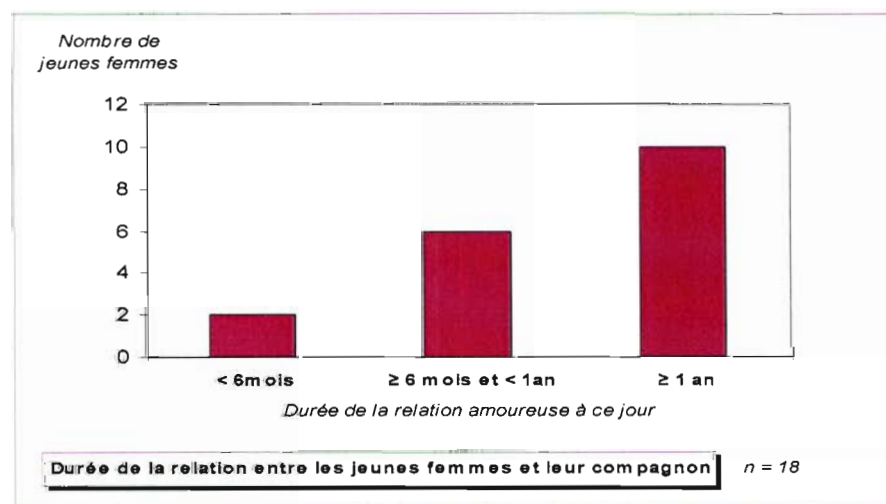
2.5.1 Répartition de la population selon l'âge du premier rapport sexuel : figure 3



L'âge moyen du premier rapport sexuel dans la population étudiée est de : **15,8ans**.
A noter qu'une de ces jeunes femmes ne se souvient plus de l'âge auquel elle a eu son premier rapport sexuel.

2.2.2 Situation personnelle de la population étudiée : figure 4

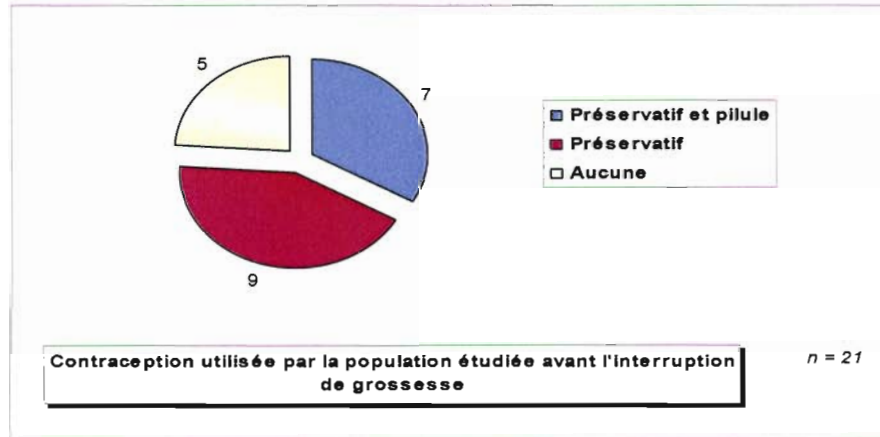
Sur les 21 jeunes femmes, 18 ont un compagnon mais ne vivent pas avec lui.
Pour 16 d'entre elles, il s'agit d'une relation d'au moins 6 mois.



2.2.3 Information sur la contraception et prévention des infections sexuellement transmissibles :

Sur les 21 jeunes femmes ayant répondu, toutes ont reçu pendant leur cursus scolaire une information sur la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles. De même toutes ces jeunes femmes connaissaient l'existence de la « pilule du lendemain » (Norlevo®).

2.2.4 Répartition de la population selon le mode de contraception choisi : figure 5

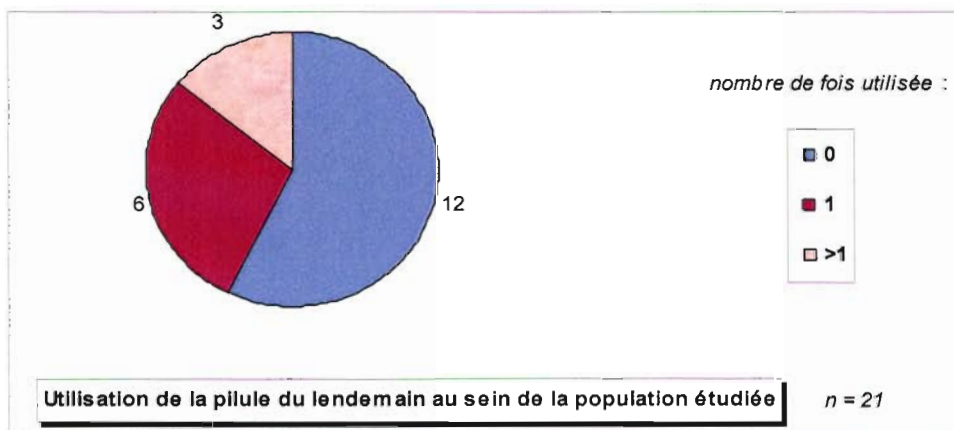


Ainsi sur les 21 jeunes femmes :

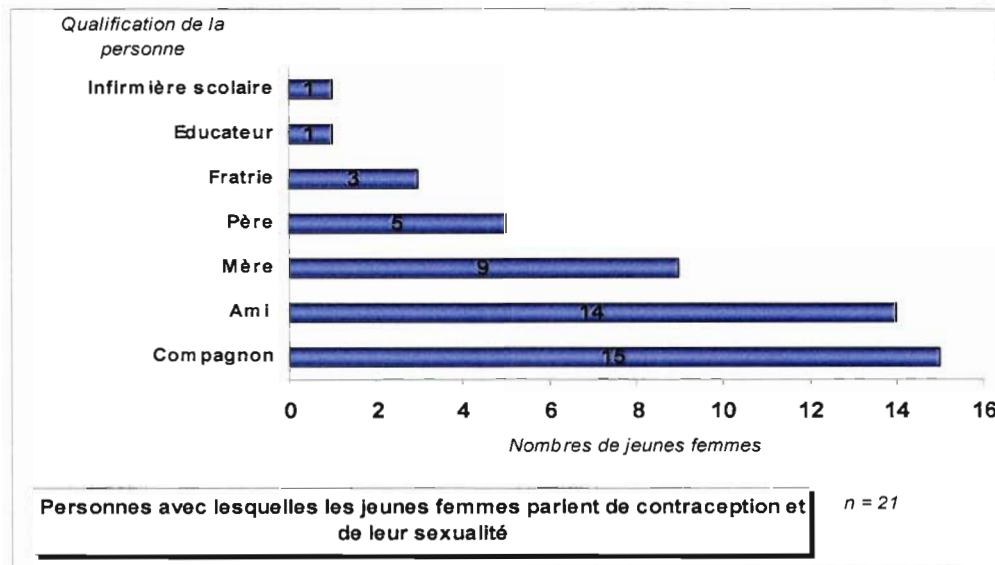
- 5 n'utilisaient aucune contraception
- sur les 16 restantes, 9 utilisaient exclusivement le préservatif et 7 alliaient la pilule au préservatif

2.2.5 Utilisation de la pilule du lendemain dans la population étudiée : figure 6

Sur les 21 jeunes femmes, 9 ont déjà utilisé la pilule du lendemain au moins une fois.



2.2.6 Personnes avec lesquelles les jeunes femmes peuvent parler de sexualité et de contraception : figure 7



Ainsi sur les 21 jeunes femmes, 11 parlent de contraception et de sexualité avec leur famille proche (mère, père ou sœur).

Sur les 18 jeunes femmes qui ont un compagnon, 15 en discutent avec lui.

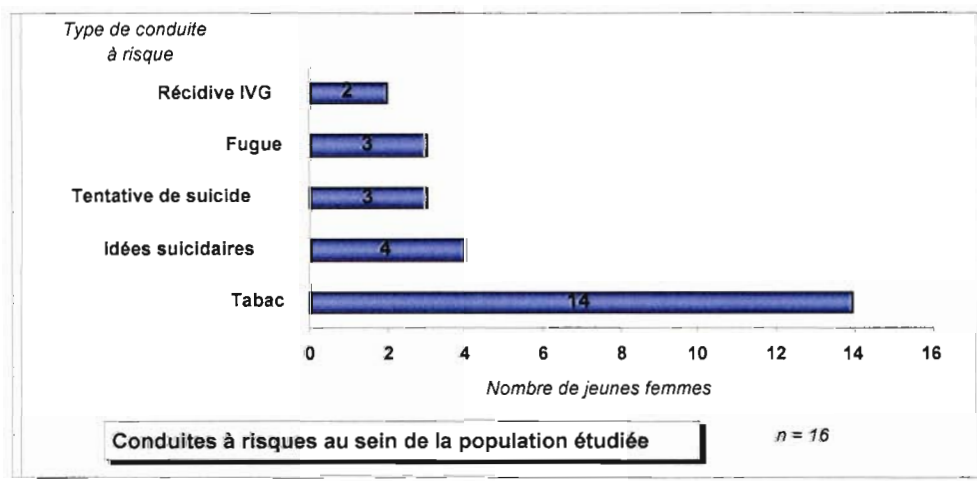
2 d'entre elles n'en parlent qu'à un ami.

2.3 Notion de conflits parents-adolescents et de conduites à risque :

2.3.1 Notion de conflits parents adolescentes :

A la question : « vous sentez-vous en décalage voire en conflit avec vos parents ? » ; 6 jeunes femmes des 21 questionnées ont répondu OUI.

2.3.2 Notion de conduites à risque : figure 8

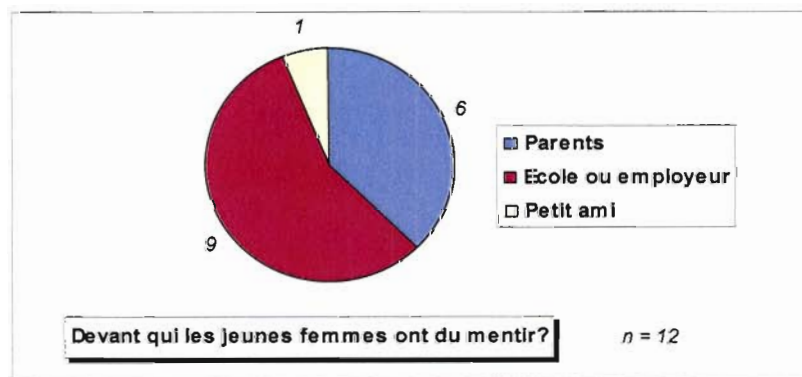


Dans les conduites à risque on peut inclure le fait d'avoir des rapports sexuels sans utilisation de contraceptifs : ainsi il y avait 5 jeunes femmes sur 21 qui n'utilisaient aucun moyen de contraception.

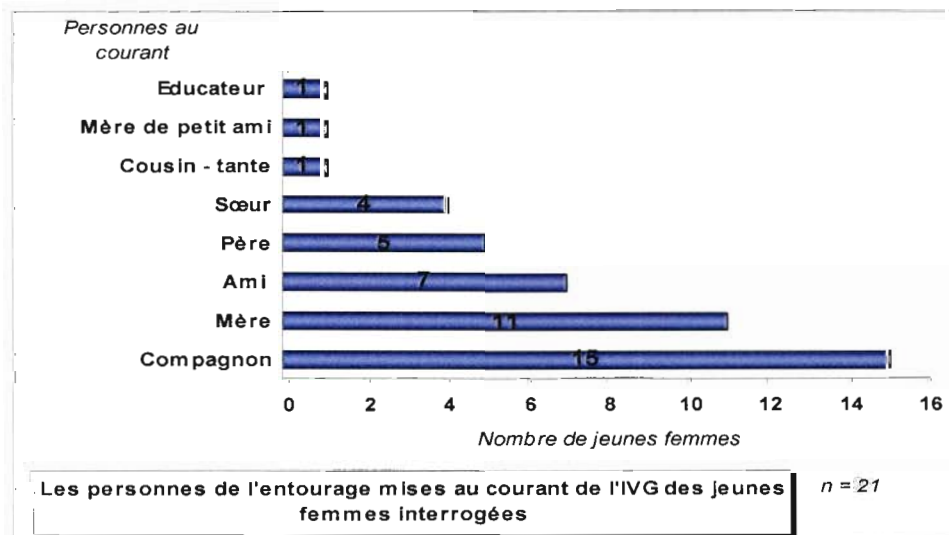
2.4 Les jeunes femmes face à l'IVG:

2.4.1 Au niveau des différentes démarches à suivre : figure 9

- Pour 17 des 21 jeunes femmes interrogées la démarche à suivre pour avoir recours à une IVG leur a paru simple
- Pour 20 des 21 jeunes femmes interrogées la communication est bien passée avec les différents professionnels de santé rencontrés.
- 12 jeunes femmes sur 21 ont dû mentir à quelqu'un pour se faire hospitaliser.



2.4.2 Les personnes au courant de la démarche de la jeune femme : figure 10



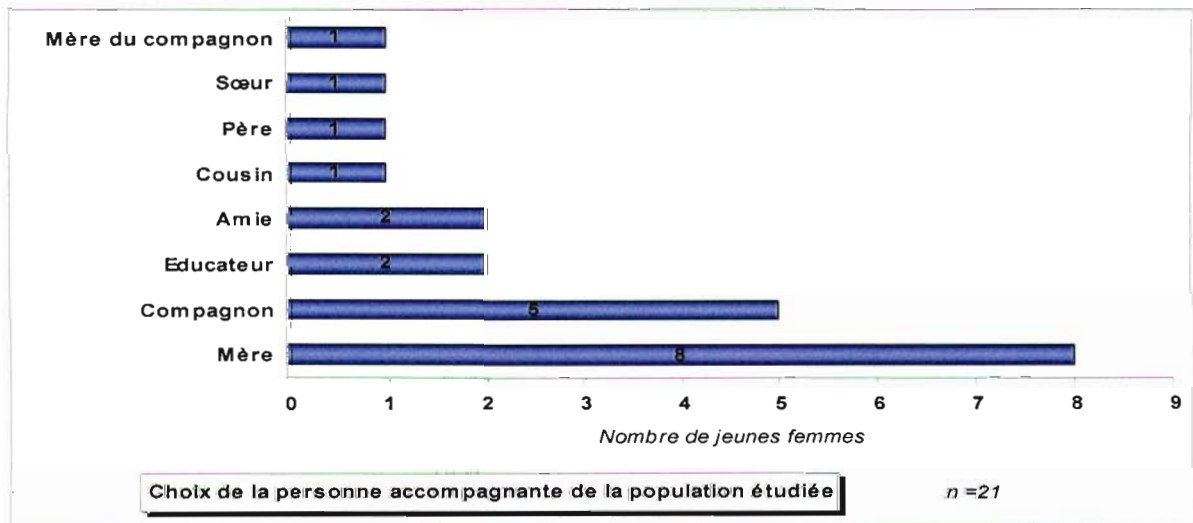
- **12** jeunes filles ont mis leurs parents au courant de leur grossesse et de leur décision de l'interrompre. Sur ces 12 jeunes femmes, 11 d'entre elles en ont parlé au moins à leur mère, une seule n'a mis que son père dans la confiance.
- 1 en a parlé à son cousin et à sa tante (parenté secondaire).
- 8 d'entre elles n'ont pas mis leurs parents proches (mère, père ou fratrie) au courant de leur désir d'interruption de grossesse. Celles-ci en ont parlé soit à leur petit ami, la mère de leur petit ami ou à leur éducateur.

2.4.3 La personne qui a accompagné les jeunes femmes dans les démarches :

figure 11

Comme on l'a vu dans la première partie du mémoire, seule les mineures (moins de 18ans) doivent être accompagnées d'un adulte majeur de leur choix.

En pratique, les majeures se font également accompagner.



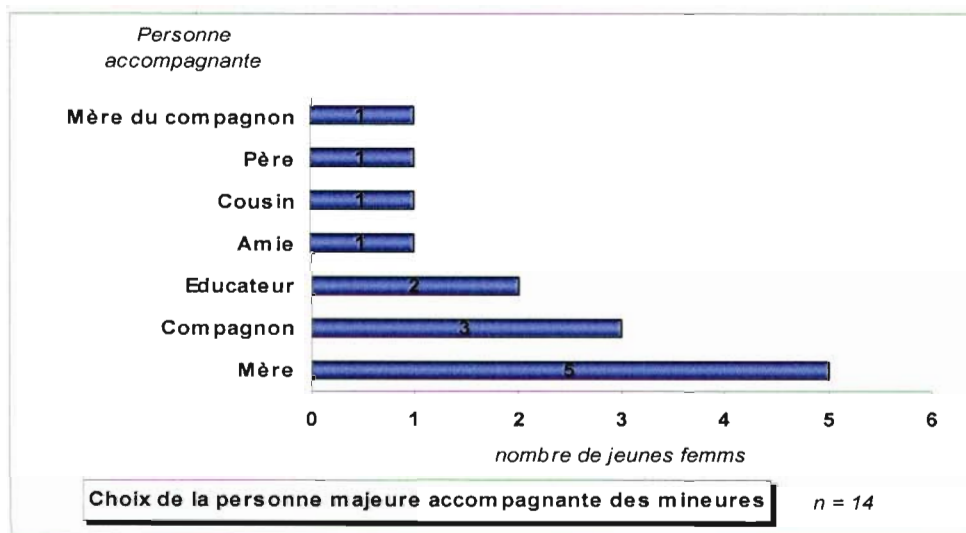
Globalement, la moitié d'entre elles se font accompagner (10/21) par un membre de leur famille proche :

- 8 par leur mère
- 1 par son père (mais la mère est au courant)
- 1 par sa sœur (les parents ne sont pas au courant)

L'autre moitié d'entre elles a choisi de se faire accompagner par une autre personne :

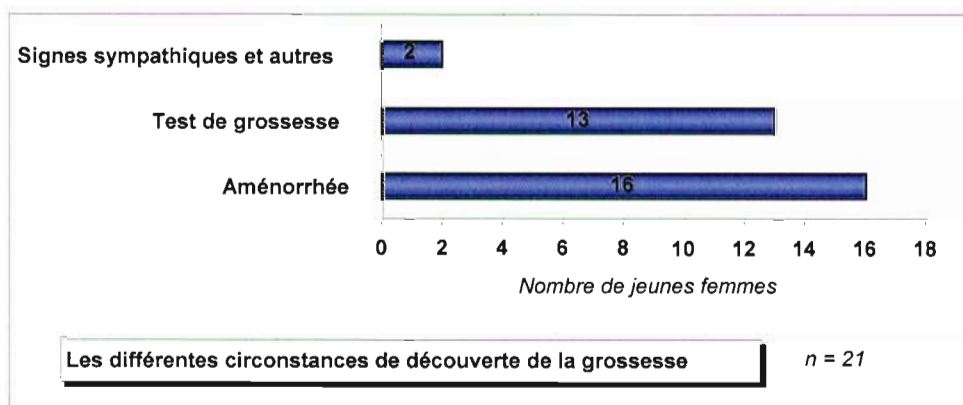
- 5 par leur compagnon
- 6 par une autre personne (Cf. tableau)

En ce qui concerne les mineures :



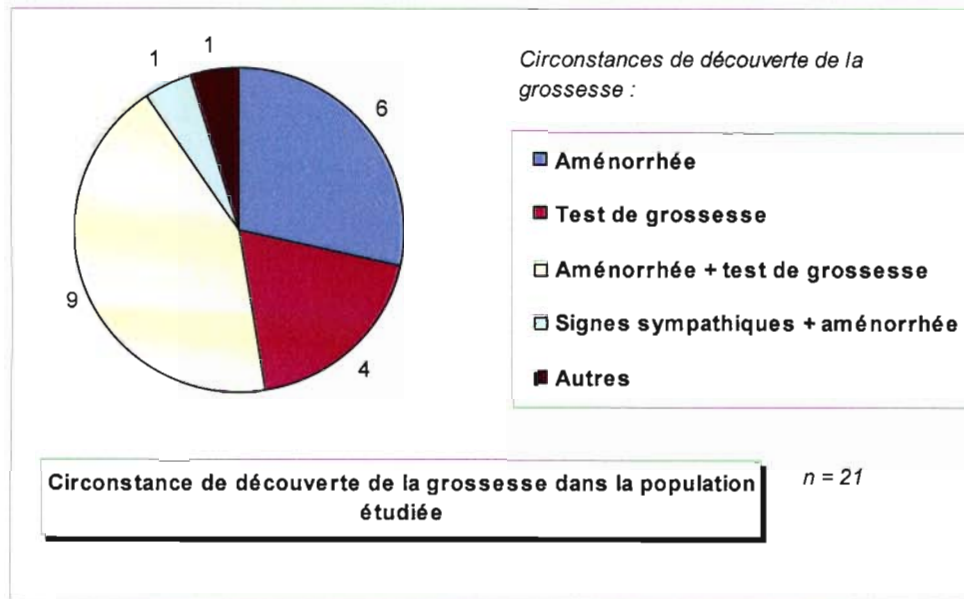
- 6 se sont fait accompagner par un de leur parent (5 par la mère, 1 par le père)
- 8 se sont fait accompagner par un majeur de leur choix.

2.4.4 Découverte de la grossesse : figure 12.a



Sur ces 21 jeunes femmes interrogées, seule une a ressenti les signes sympathiques de la grossesse (l'autre jeune femme ayant coché autre dans le questionnaire); il faut noter que celle-ci a subi son IVG à 16 Semaines et demi d'Aménorrhée (à l'étranger).

La grande majorité a découvert la grossesse par un retard de règle, confirmé le plus souvent par un test de grossesse. **figure 12.b**



2.4.5 Désir de grossesse ?

A la question : « la grossesse était-elle désirée ? », la totalité des jeunes femmes a répondu NON.

2.4.6 Age de la grossesse au moment de l'IVG

Méthode	Age de la grossesse	Nombre de jeunes femmes
IVG Médicamenteuse	< 7 SA	9
IVG Chirurgicales	7 SA - 14 SA	8
IVG en dehors du délai légal en France (réalisée à l'étranger)	> 14SA	1

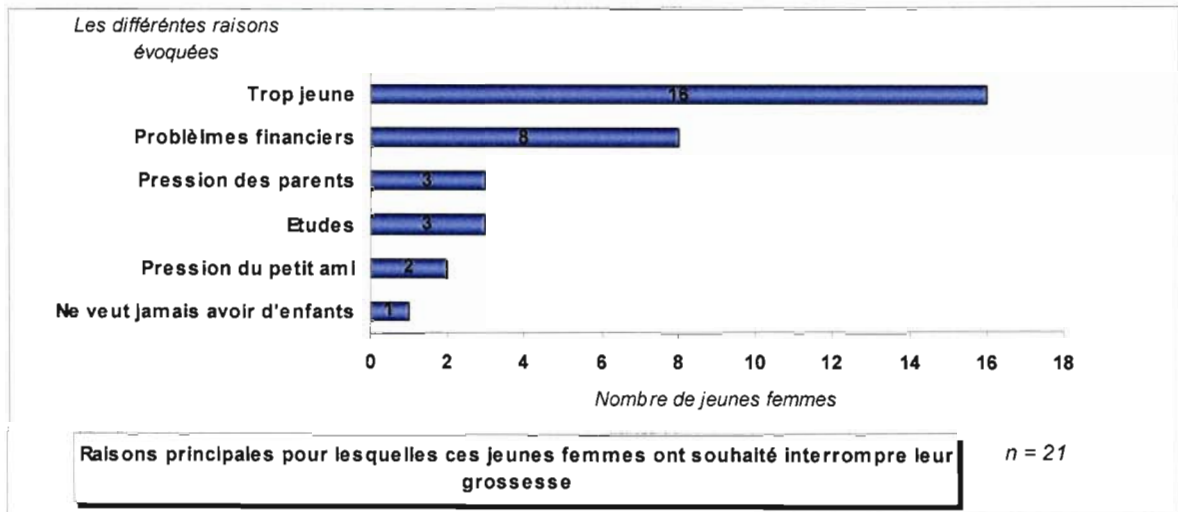
Une jeune femme a donné une réponse qui n'était pas exploitable.

2.4.7 La prise de décision d'interrompre la grossesse :

Pour 7 des jeunes femmes, la décision d'interrompre la grossesse a été longue et difficile à prendre.

Pour les 14 autres, la prise de décision a été simple et évidente face à la situation.

2.4.8 Quelles sont les principales raisons qui ont motivé ces jeunes femmes à pratiquer une IVG ? figure 13



A la question ouverte : « *Qu'est ce qui aurait pu vous décider à garder cette grossesse ?* », j'ai recueilli les commentaires suivants : (2 n'ont pas répondu)

- « **Si j'avais eu au moins 26 ans (après mes études), j'aurai voulu la garder, j'aurai aimé gardé l'embryon de côté jusqu'à mes 26 ans** » 17 ans, en 1^{ère} L
- « **Avoir beaucoup plus d'argent et être un peu plus âgée** » 18ans, sans activité
- « **De l'aide financière** » 19ans, sans activité ; 16ans, en Seconde
- « **Que mes frères soient plus tolérants** » 18ans, sans activité
- « **Avoir les moyens financiers et être plus âgée** » 17ans, en Première
- « **Etre plus stable financièrement** » 17ans, en CAP Pâtisserie
- « **Que mes parents me soutiennent** » 17ans, BEP Vente
- « **Etre plus âgée et plus stable** » 14ans, en Seconde ; 15 ans, en BEP
- « **Rien** » 17ans, en Terminale S ; 16ans, CAP Vente
- « **Plus de moyens financiers et être plus mature** » 19ans, salariée
- « **Que mon ami se prenne en main** » 17ans, sans activité
- « **Rien, je ne veux d'enfants ni maintenant, ni plus tard** » 17ans, en 1^{ère} SMS
- « **Que mes parents me soutiennent** » 19 ans, en 2^{ème} année de Licence
- « **Mon ami soit d'accord pour garder la grossesse** » 16 ans, en CAP Hôtellerie
- « **Etre plus âgée et avoir une meilleure situation financière** » 17ans, en 1^{ère} bac pro
- « **Rien pour le moment je crois** » 16ans, en 1^{ère}

2.4.9 Après l'IVG : figure 14

- A la question : « Pensez-vous avoir besoin d'aide après l'interruption de grossesse ? » ;

Sur les 21 jeunes filles interrogées, 11 ont répondu OUI.

3 de leur mère

8 de leur compagnon

2 de leur père

2 de leur ami

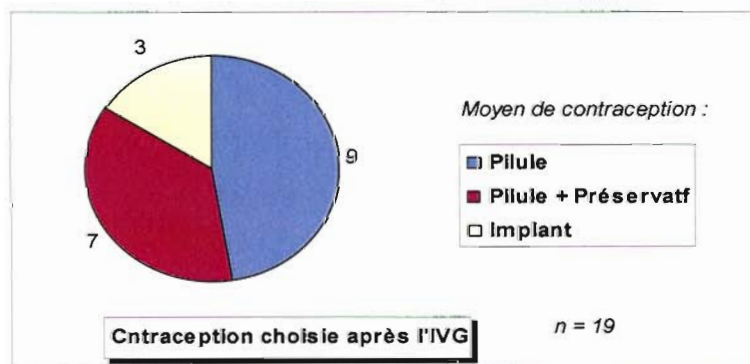
1 de sa sœur (sa jumelle)

1 d'une personne du centre de planification familiale

1 de sa tante

Sur les 11 jeunes femmes ayant répondu avoir besoin d'aide, seules 3 pensent avoir besoin de l'aide de leur entourage familial proche (mère, père ou sœur).

- Concernant la contraception future envisagée, 2 jeunes femmes n'ont pas répondu à la question.



Enfin à la question ouverte : « autres réflexions dont vous souhaitez me faire part : », seules deux jeunes femmes ont répondu :

- « J'ai mal vécu l'aspiration et y pense souvent » 14 ans, IVG en Hollande à 16,5 SA

- « Je n'étais pas pour l'IVG, alors que là j'y ai eu recours, je m'en veux ! Ca me fait un peu mal au cœur, heureusement que ça ne faisait qu'un mois ! Je n'aurai pas pu sinon ! » 17 ans

CHAPITRE 3 :

Constats et perspectives d'avenir

1. LA PROBLEMATIQUE DE DEPART :

Le but de ce travail de recherche est d'essayer de comprendre pourquoi le nombre d'interruptions de grossesse chez les adolescentes ne cesse d'augmenter.

Rappelons que de 1990 à 2004 on note une hausse nette et constante du nombre d'IVG chez les adolescentes (15 à 19 ans) de l'ordre de + 39%.

Chez les mineures cette hausse est de + 43%.

De nos jours, avec tous les moyens de contraception qui existent, beaucoup de personnes se demandent : « *comment ces jeunes filles font-elles encore pour tomber enceintes, elles le font exprès ! l'IVG ne devrait plus exister !* » ; on entend souvent ce discours autour de nous, même chez les professionnels de santé!

C'est pourquoi il est important de mieux comprendre ce phénomène, d'autant que l'interruption volontaire de grossesse reste un problème de santé publique. Elle présente aussi un aspect moral et éthique et ce depuis toujours, et même si on a l'impression que cela est un peu passé aujourd'hui, il existe toujours des groupes, des associations militant contre l'IVG en France.

2. HYPOTHESES DE DEPART :

2.1 Un problème de contraception?

On peut légitimement se demander si le nombre d'IVG augmente parce qu'il existe un défaut de prévention, une mauvaise diffusion de l'information concernant la contraception.

Les adolescents ne sont-ils pas au courant des différents moyens existants, tels que les préservatifs, patchs, pilules, implants.... ? Est-il difficile pour eux de se les procurer ?

Grâce à l'étude mise en place, je me suis rendue compte que toutes les adolescentes avaient reçu dans leur enseignement des informations sur la contraception et sur les infections sexuellement transmissibles.

De plus, sur les 21 jeunes femmes interrogées ayant subi une IVG, **plus des trois quarts utilisaient au moins un moyen de contraception** (16 jeunes femmes sur 21). (Figure 5)

Il faut savoir aussi que les centres de planification familiale, au nombre de 3 sur la ville de Metz, sont des endroits réservés aux adolescents où ils peuvent se procurer gratuitement et de manière anonyme un moyen de contraception, se faire suivre par un médecin gynécologue et dans un de ces centres ils peuvent avoir recours à un dépistage gratuit et anonyme des principales infections sexuellement transmissibles.

Même au niveau des médias, que ce soit au niveau de la presse écrite, magazines pour adolescents, magazines féminins ou la télévision, la contraception y est très présente.

Et même s'il est toujours interdit en France de faire de la publicité pour la contraception, il y a des spots télévisés pour sensibiliser la population à porter un préservatif à chaque rapport sexuel pour se protéger des infections sexuellement transmissibles...

Il en est de même pour la diffusion de l'information à propos de la « pilule du lendemain », la Norlevo®. Certes, ce n'est pas un moyen de contraception en soi, mais une alternative possible après avoir eu un rapport sexuel à risque, c'est à dire non protégé.

Cette pilule peut être donnée gratuitement en pharmacie, au centre de planification familiale, et ce, de manière anonyme. L'infirmière scolaire peut également la délivrer.

D'ailleurs pour les 21 jeunes femmes ayant rempli le questionnaire, les réponses sont unanimes, elles connaissent toutes l'existence de cette « pilule du lendemain ». Et parmi les 21 jeunes femmes (Figure 6), **près de la moitié l'ont déjà utilisée au moins une fois** (9 jeunes femmes sur 21).

Il est important d'ajouter qu'en tant qu'étudiante sage-femme, il est dans mes objectifs d'animer des informations sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles.

Grâce à ces expériences, je me suis rendue compte que les adolescents sont bien au courant de la contraception. Certes ils sont loin de connaître tous les moyens de contraception existants et les différentes modalités de prise, mais en règle générale, ils connaissent au minimum le mode d'utilisation de la pilule et le préservatif. Lors de ces interventions il est alors important de leur donner de plus amples détails sur les autres moyens de contraception, les modalités d'utilisation, le lieu où ils peuvent se les procurer, et leur donner les adresses utiles.

On peut en conclure que l'information autour de la contraception et des infections sexuellement transmissibles s'est intensifiée durant ces dernières années. Les adolescents semblent au courant des risques inhérents aux rapports sexuels non protégés et ils ont les moyens grâce à l'existence des centres de planification familiale de se procurer des moyens de contraception à titre anonyme et gratuit et ce jusqu'à l'âge de 20 ans.

2.2 Existe t il un profil socio-économique type d'adolescentes ayant recours à une IVG ?

Les adolescentes ayant recours à une IVG font-elles partie d'une population à risque d'un point de vue des conditions sociales et économiques ?

En premier lieu, l'âge moyen des adolescentes ayant participé à l'enquête est de 17,1 ans (pour 21 jeunes femmes de moins de 20 ans).

On remarque que 18 d'entre elles vivent chez leurs parents.

Une jeune femme de 19 ans est salariée et vit seule. Les 2 autres jeunes femmes résidant dans un foyer semblent plus en difficulté dans leurs relations avec leurs parents. (Figure 2) Donc en grande partie la situation de résidence de ces jeunes femmes **est conforme au mode de résidence de toute adolescente de leur âge.**

Du point de vue de leur situation professionnelle, sur les 21 jeunes femmes, 15 font des études : 8 sont scolarisées au lycée, 5 suivent des études professionnelles du type BEP ou CAP, et 2 sont dans le cursus universitaire.

On observe que 4 jeunes femmes semblent en échec scolaire et que les 2 autres sont salariées.

⇒ **On remarque une grande variété des situations professionnelles**

Mis à part une des jeunes femmes qui vit seule, les 20 autres dépendent financièrement de leurs parents.

Or, d'après les 20 questionnaires exploitables, 17 de ces jeunes femmes ont leurs deux parents qui travaillent, pour 2 d'entre elles seule la mère travaille, et pour une de ces jeunes femmes, ni le père ni la mère n'exerce d'activité professionnelle.

⇒ Ces jeunes femmes vivent dans des conditions économiques normales, on ne retrouve **pas de conditions plus précaires que dans la population générale.**

On remarque donc que ces jeunes femmes ayant subi une IVG sont des adolescentes comme les autres, elles ne font pas partie d'une population particulière d'un point de vue socio-économique. En majeure partie elles vivent avec leurs parents, qui travaillent, et elles suivent des études. On peut donc conclure en affirmant qu'il n'y a pas de profil commun : l'IVG peut toucher toutes les adolescentes, quel que soit leur statut socio-économique.

2.3 L'IVG est t'elle l'expression d'un rite de passage ou d'un mal-être propre à l'adolescence ?

2.3.1 Un rite de passage à l'âge adulte ?

L'adolescence est un stade qui relie l'enfance à l'âge adulte, c'est une période où l'enfant s'initie à « jouer à l'adulte ».

La grossesse représente pour ces adolescentes le pouvoir de devenir une femme ; le fait d'être enceinte est le pouvoir suprême de la femme adulte !

Il est très difficile de montrer dans l'étude que pour ces adolescentes le fait d'être enceinte était en réalité un désir de montrer à leur entourage qu'elles existent en tant que personne, autonome, c'est-à-dire libre de disposer de soi, qu'elles ne sont plus des enfants. On retrouve cet aspect avec les conduites du type tentatives de suicides, fugues.... Ce sont des avertissements destinés aux parents pour leur dire : « Je suis là, j'existe ! ».

Dans ce sens, à travers la grossesse l'adolescente veut leur dire : « Je suis une adulte ! Moi aussi je peux avoir un enfant si je veux ! ».

Pourtant, sur les 21 jeunes femmes interrogées, toutes ont répondu que la grossesse n'était pas désirée. Ce n'est pas étonnant car le désir de grossesse fait partie du champ de l'inconscient.

A noter cependant que pour le tiers des jeunes femmes interrogées, la décision d'interrompre la grossesse a été longue et difficile à prendre. Ceci montre bien que, certes la grossesse n'est peut être pas désirée consciemment au départ, mais une fois présente, l'éventualité de la mener à terme est envisagée, et ce malgré les difficultés évoquées (jeune âge, dépendance financière aux parents...).

Mais il faut garder à l'esprit que désir de grossesse n'est pas synonyme de désir d'enfant.

Les jeunes femmes interrogées nous exposent les problèmes pratiques qui auraient pu se poser si elles avaient gardé la grossesse ; en effet, 16 jeunes femmes ont déclaré ne pas avoir gardé la grossesse parce qu'elles se sentent encore trop jeunes, 8 ont également parlé des problèmes financiers (rappelons que 19 d'entre elles ne gagnent pas encore leur vie), 3 personnes ont mentionné leurs études.

Selon elles, leur jeunesse, leur dépendance financière à leur parents, les ont contraintes à interrompre leur grossesse, comme le mentionnait une de ces jeunes femmes : « J'aurai aimé garder l'embryon de côté jusqu'à mes 26 ans ! »

Il est difficile de mettre en évidence le désir de grossesse dans ce contexte, qui pourtant est bien présent : de par la grossesse, ces jeunes femmes ont pu se prouver qu'elle pouvaient procréer, elles sont rassurées sur leur fertilité et leur pouvoir de femme !

On se rend bien compte du paradoxe : ces jeunes femmes se sentent encore trop jeunes pour être mères mais elles en ont démontré le pouvoir...

Par ailleurs, la décision d'interrompre ou non la grossesse, quand elle est prise par la jeune femme elle-même, sans subir de pression parentale ou autre, marque une certaine prise de responsabilité : la jeune femme a pesé le pour et le contre avant d'en arriver à l'IVG.

C'est une décision responsable, une décision d'adulte. D'autant plus qu'avec la loi du 04/03/2002 les jeunes femmes n'ont plus besoin de l'accord parental.

Ce sont donc elles qui décident, elles qui ont le pouvoir sur leur corps et sur leur avenir !

La décision d'interrompre la grossesse pourrait-elle faire partie des rites de passages à l'âge adulte ?

2.3.2 Un profil comportemental commun concernant les conduites à risque ?

On peut supposer que l'interruption volontaire de grossesse fait partie des conduites à risque chez les adolescentes. En effet la mise en situation d'interrompre la grossesse laisse supposer qu'elles ont des rapports sexuels non protégés et donc à risques.

C'est pourquoi il est important de s'intéresser à leur parcours personnel, afin de se rendre compte si elles ont d'autres conduites à risque à part le seul fait de subir une IVG. Cela rentre dans le profil comportemental de ces adolescentes. (Figure 8)

On remarque par l'étude des questionnaires que sur les 21 jeunes femmes, 14 sont consommatrices régulières de tabac, ce qui fait que 2/3 des jeunes femmes interrogées sont consommatrices de tabac.

Or d'après l'OMS, en 2001 sur le territoire français, on recense 38% de fumeurs dans la population féminine de 18 à 25 ans.

⇒ On peut en conclure que la population étudiée, c'est à dire les jeunes femmes ayant subi une IVG, fait partie d'une **population plus à risque d'un point de vue de la consommation de tabac** (pratiquement le double, mais cela reste à nuancer car la tranche d'âge étudiée n'est pas tout à fait identique).

Concernant les idées suicidaires, il y a 4 adolescentes sur les 21 interrogées qui ont déclaré avoir déjà eu des idées suicidaires.

Dans la population générale on note que 25% des 13-24 ans auraient des idées suicidaires. Les chiffres correspondent à peu près, d'autant qu'il faut tenir compte de la taille réduite de ma cohorte et aussi du fait qu'il est sans doute difficile pour les jeunes femmes interrogées de nous faire part de ce problème.

L'enquête a montré que 3 jeunes femmes sur 21 ont déjà fait au moins une tentative de suicide. On retrouve dans la population des 13-24 ans un taux de 7%.

Cela représente le double de la population générale, mais avec les mêmes nuances que précédemment concernant la tranche d'âge étudiée et la taille de la cohorte.

A noter qu'une des jeunes femmes ayant fait plusieurs tentatives de suicide s'inflige des automutilations.

Il y a 3 jeunes femmes qui déclarent avoir fugué au moins une fois.

Deux jeunes femmes en sont à leur 2^{ème} IVG.

Cinq jeunes femmes ne prenaient aucune contraception.

Au total, en incluant toutes les conduites à risques (pas de contraception, consommation de tabac, tentatives de suicides, idées suicidaires et récurrence d'IVG) on remarque que **17 jeunes femmes sur 21 ont des conduites à risque, cela représente plus des trois quarts des jeunes femmes interrogées !**

Il est vrai que mon étude ne porte que sur 21 questionnaires et il est nécessaire de rappeler que c'est au moment de l'adolescence qu'on retrouve le plus de comportements à risque ; le plus souvent ceux-ci sont liés entre eux.

Certes la tentative de suicide est un réel problème chez les 13-24 ans (c'est le 2^{ème} cause de mortalité dans cette classe d'âge), mais les équivalents suicidaires sont tout aussi importants : alcoolisation aiguë, utilisation de drogues, sexualité à haut risque c'est à dire rapports sexuels non protégés et/ou partenaires multiples, troubles du comportement alimentaire.

Aucune de ces jeunes femmes n'a déclaré consommer de l'alcool ou de la drogue, mais il est sans doute difficile d'en parler, et même de cocher la croix dans un questionnaire quand on est à l'intérieur d'un hôpital, entouré d' « adultes »... voire même de se l'avouer...

On peut conclure que les jeunes femmes ayant subi une IVG ont souvent d'autres conduites à risques.

Rappelons qu'une conduite à risque qui se répète est souvent un appel lancé à l'adulte : « regarde-moi, fais attention à moi, arrête-moi ». Le jeune qui se met en danger de manière répétée demande à ce que la limite vienne du dehors. Notre rôle se situe sans doute à ce niveau.

2.3.3 Un manque de dialogue dans la cellule familiale ?

Les données de l'étude montrent que pratiquement un tiers des jeunes femmes interrogées se sentent en décalage voire en conflit avec leurs parents (6 jeunes femmes sur 21). C'est un nombre assez important.

C'est pourquoi il est important de savoir vers qui ces jeunes femmes se tournent pour parler de sexualité, de contraception et des infections sexuellement transmissibles.

Sur les 21 jeunes femmes, 11 en parlent avec un membre de leur famille proche (dont 9 à leur mère, 5 à leur père et 3 à leur sœur).

La plupart en parlent avec leur compagnon ou à un ami (15 jeunes femmes ont répondu en parler à leur compagnon, 14 à un ami). (Figure 10)

Avec la loi du 4 Mars 2002 les jeunes femmes mineures n'ont plus besoin d'être accompagnées par leurs parents et n'ont plus besoin de leur consentement dans la décision d'interrompre la grossesse ; c'est pourquoi il est intéressant de savoir qui les accompagne dans les différentes démarches. (Figure 11)

La seule obligation est de se faire accompagner par une personne majeure de son choix. Sur les 16 mineures ayant participé à mon étude, 6 d'entre elles ont choisi un de leur parent (5 la mère et une le père) et pour les 10 autres cela varie du compagnon, à l'éducateur, un ami, un cousin voire la mère du compagnon.

On remarque que même si plus d'un tiers des mineures se sont fait accompagner par leur parent, la majorité d'entre elles ont choisi une personne externe à la cellule familiale proche.

⇒ *Cela accrédite l'hypothèse d'un défaut de dialogue dans la famille d'autant qu'il s'agit d'une décision importante : impossibilité d'en parler aux parents ou réel choix pour ces jeunes femmes de vivre seule cette situation difficile ?*

Autant la loi est bénéfique pour certaines de ces jeunes femmes, autant il est important, en tant que professionnels de santé (et la sage-femme occupe ici le 1^{er} rang), d'insister auprès des jeunes femmes pour qu'elles mettent au courant leurs parents, au moins leur mère. Le soutien de la mère est très important !

En effet on constate que l'IVG est plutôt une histoire de femmes : les mères sont parfois dans la confidence à l'insu du père et les jeunes femmes de l'étude qui en ont parlé à la fratrie en ont parlé exclusivement à leur sœur.

Les jeunes femmes se réfèrent à leur mère en pensant sans doute qu'elles comprendront mieux que leur père, puisque cela aurait pu leur arriver aussi (voire leur est arrivé). En fait, pour passer à l'âge adulte elles se réfèrent à leur parent homologue, le modèle parental à qui elles s'identifient ...

3. QUE PEUT-ON FAIRE POUR AMELIORER LA SITUATION ACTUELLE ?

3.1 Continuer la diffusion des moyens de contraception :

Il est important de "démédicaliser" la contraception et d'exposer l'ensemble des moyens contraceptifs disponibles. (spots TV, presse...).

En effet on remarque un effort des médias pour la diffusion des moyens de contraception.

De plus les interventions sur la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles sont devenues obligatoires pour les adolescents scolarisés, elles commencent d'ailleurs de plus en plus tôt.

Il faut donc continuer dans ce sens. Cependant, même s'il est important de donner des informations pratiques et concrètes sur les différents moyens de contraception, il faudrait aussi approfondir le sujet de la « sexualité », le rapport « Homme-Femme », parler de sentiment d'amour, de respect de l'autre.

Il y a quatre acteurs qui peuvent jouer un rôle dans l'information des jeunes :

- les parents
- les enseignants
- le corps médical (dont la sage-femme)
- les structures sociales de prévention (telles que la sage-femme responsable du centre de planification familiale par exemple)

Certes dans notre société actuelle il est plus aisé de parler de contraception qu'il y a quelques années, mais le plus souvent ces 4 acteurs se cachent derrière la seule technique : la pilule c'est bien pour ci..., tu peux trouver des préservatifs là...

Or, lors de ces interventions, sans vouloir prétendre à donner une éducation sexuelle, il convient de parler d'Hommes et de Femmes et de replacer la relation sexuelle dans le contexte amoureux, du partage et du respect.

Leur montrer que se protéger, c'est se respecter et que cela entre dans une dynamique de maturité.

3.2 Rester à l'écoute des jeunes :

Les centres de planification familiale sont des lieux d'écoute pour tous les jeunes, ils sont de plus en plus fréquentés par les adolescents.

Le plus fréquemment c'est une sage-femme qui s'en occupe, elle reste à l'écoute de ces jeunes, mais comme l'activité ne cesse d'augmenter, il faut penser à en augmenter le nombre.

Aussi, le centre d'orthogénie fait le plus souvent partie intégrante du centre de planification. Là aussi il y a beaucoup de demandes, le personnel qui y travaille doit rester à l'écoute de toutes les femmes en demande d'IVG.

Ayant rencontré des adolescents lors de mon stage en centre de planification familiale, j'ai pu remarquer qu'ils apprécient beaucoup ce lieu où on les écoute, les aide, les guide, on les responsabilise et ne les traite jamais comme des enfants. Il y a beaucoup de jeunes personnes qui reviennent régulièrement, **une réelle relation se tisse entre la sage-femme et ces jeunes.**

Il est important de continuer à développer ces centres, voire d'élargir les heures d'ouverture ; en effet ils sont le plus souvent ouverts la journée en semaine ce qui coïncide avec les heures de cours des adolescents scolarisés. On pourrait peut-être s'inspirer des Pays Bas, où une permanence est assurée le week-end et la semaine après 17 heures.

3.3 Sensibiliser les parents à l'adolescence :

Nous vivons dans une société où l'individualisme prime, la notion de famille a beaucoup évolué ces dernières décennies, et les parents élèvent leurs enfants dans un cercle familial restreint, à distance des générations antérieures et donc ne bénéficient pas de leur expérience.

Pour cette même raison, les enfants n'ont souvent que leurs parents vers qui se tourner.

Le rôle de la famille n'a pas été suffisamment pris en compte jusqu'à présent dans les stratégies de prévention mises en place en direction des adolescents.

Il serait judicieux d'instaurer des séances de sensibilisation à l'adolescence destinées aux parents, dans les centres de planification familiale, dans les collèges ou les lycées.

Des professionnels de la santé spécialisés dans le comportement de l'adolescent viendraient exposer les difficultés que pourraient rencontrer leurs enfants.

Quel message diffuser ?

La prévention se fait dès le plus jeune âge : dans le lien affectif qui unit l'enfant à ses parents (un lien de confiance, de respect), dans les marques d'attention, le rapport au corps avec l'enfant, le rapport avec les autres (respect de l'autre et de sa liberté), dans l'apprentissage des limites à ne pas dépasser, dès le plus jeune âge.

Face à une conduite à risque, il convient de rappeler les règles de sécurité, les dangers encourus. Ne pas déprécier la valeur de l'acte, mais au contraire la reconnaître, ne pas rester indifférent en croyant que donner de l'importance risque de le faire recommencer. Il s'agit de trouver une juste limite entre deux extrêmes : une dramatisation excessive et l'indifférence qui peut être vécue comme un abandon. Les parents n'ont pas à cacher leur peur, mais reconnaître que l'enfant a changé : « Tu as pris de grands risques. J'ai eu très peur. Je vois que tu n'es plus un enfant, je sais maintenant de quoi tu es capable ».

Autant on peut condamner un acte, autant il ne faut pas condamner l'adolescent : c'est différent de dire : « ce que tu as fait est idiot » et « tu es idiot ».

4. DANS L'AVENIR :

En tant que professionnel de santé il est important de garder à l'esprit que les interruptions de grossesse existeront toujours et ce, surtout pendant cette période bouleversante qu'est l'adolescence.

Il restera sans doute toujours une part incompressible d'IVG, mais la **prévention** diffusant largement les différentes méthodes de contraception permettra de réduire au minimum la part inhérente au défaut d'information.

Il est important de continuer les recherches pour pouvoir proposer de nouveaux moyens de contraception aux jeunes femmes, de donner une nouvelle image, une image plus moderne de la contraception ; *« A chaque femme sa sexualité, a chaque femme sa méthode contraceptive ! »*

De même, la prévention visant à former les éducateurs (au sens large) permettra de réduire la part liée à ces conduites à risque et rites de passages douloureux, souvent induits par un défaut de communication et de reconnaissance au sein de la famille, source de dévalorisation des jeunes adolescents.

Quelle doit être l'attitude des professionnels de santé, et en particulier de la sage-femme, **face à l'IVG** ? Il ne faut ni banaliser cet événement, ni culpabiliser ces jeunes femmes mais les **accompagner**.

Les accompagner par l'écoute lors des entretiens pré IVG dont on a souligné l'importance (extériorisation par la parole d'une souffrance, appel à l'aide...)

Dans cet entretien assez long (mené par une sage-femme ou une conseillère conjugale) qui nécessite une totale disponibilité, il s'agit d'écouter sans juger, ni culpabiliser, mais d'humaniser la démarche dans un acte de langage qui permettra plus facilement, après coup, de l'assumer d'une manière responsable et peut-être d'éviter un état dépressif par la suite ou à l'occasion d'une grossesse future.

La jeune fille pourra parler des événements qui l'ont amenée à cette démarche si difficile, mais aussi de ce qui a précédé cette grossesse intempestive et indésirée. Véritable espace de parole, favorisé par une écoute attentive, l'entretien pourra permettre à la jeune fille de verbaliser son vécu, ses éventuelles angoisses, ses difficultés à prendre soin d'elle-même ou les tensions psychiques inhérentes à l'adolescence.

C'est aussi le moment prévu pour informer sur la contraception mal comprise ou mal adaptée et sur les risques d'infections sexuellement transmissibles.

Par ailleurs, conscient ou non, au décours de l'IVG un processus de deuil de la grossesse est entamé et c'est à nous en tant que sage-femme de l'accompagner.

Rappelons que la sage-femme a pour rôle d'accompagner toutes les grossesses quelle qu'en soit l'issue : naissance, avortement spontané, interruption volontaire de grossesse (pour raison médicale ou non).

On a tous observé le traumatisme qu'a pu induire une IVG dont l'accompagnement a été négligé, traumatisme parfois présent tout au long de la vie et qui resurgit plus particulièrement à certaines étapes, telles qu'une prochaine grossesse ou la naissance d'un enfant.

CONCLUSION :

On l'a vu, la survenue d'une IVG dans le parcours d'une adolescente résulte d'un processus multifactoriel.

Malgré la complexité de ce problème, nous avons des moyens d'action pour prévenir cet événement douloureux et le cas échéant, pour venir en aide à ces adolescentes en détresse.

-A très court terme : à travers par les consultations pré et post-IVG. La sage-femme en particulier pourra mettre en place un **accompagnement** afin que l'IVG se pratique dans les meilleures conditions possibles. Cette démarche prend forme dès l'entretien préalable à l'IVG. Un entretien post-IVG pourra également être proposé notamment dans les cas où la souffrance psychique est importante.

-A moyen terme : par la multiplication des interventions dans les milieux scolaires pour diffuser l'**information** sur la sexualité, la contraception et les lieux d'accueil des adolescents.

-A plus long terme, par le développement des centres d'accueil des adolescents (plannings familiaux), mais aussi par la **sensibilisation des parents** à l'écoute des adolescents et à leur demande de reconnaissance, sachant que plus l'acceptation sociale de la sexualité des adolescents est importante, plus les adolescentes se sentiront reconnues et acceptées dans leur sexualité, meilleur sera l'accès à l'information, à la contraception, et moins les taux de grossesse et de recours à l'IVG seront importants.

Il me semble erroné de résumer l'IVG à un défaut de contraception. En tant sage-femme il me paraît primordial d'« **entendre** » le **désir des femmes** et de les **accompagner** dans leur cheminement.

La question qu'il convient de se poser, c'est pourquoi une grossesse survient-elle à ce **moment-là** de la vie de **cette jeune fille** ? De quoi donc est porteuse cette grossesse « indésirable » qui ne peut déboucher sur une naissance ?

BIBLIOGRAPHIE :

- [1] ANAES. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. La revue du praticien, 2001, tome 15, n°534, p811-815.
- [2] AVON B. A l'écoute du symptôme IVG. Chronique sociale. Lyon : Soutrenon A, 2004, 167p.
- [3] BARANDIER M. La sexualité de l'adolescent. Balland : Paris, 1976, 127p.
- [4] BIRMAN C. Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception [en ligne]. Disponible sur : http://ancic.asso.fr/textes/resources/professionnels_sage_femme.html. (21/03/2006).
- [5] BLANCHOT-ISOLA C. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Les dossiers de l'obstétrique, 2001, n°298, p2-6.
- [6] BOGHINA C, PHILIPPE H-J. Interruption volontaire de grossesse. La revue du praticien, 2002, n°52, p451-458.
- [7] CAYUELA C. L'interruption volontaire de grossesse Ecouter le désir pour entendre le refus. Mémoire pour l'obtention du D.E de sage-femme. Metz : école de sages femmes P Morlanne de Metz Thionville, 1998, 47p.
- [8] CESBRON P. L'interruption de grossesse depuis la loi Veil. Médecine-Sciences. Flammarion : Paris 1997, 133p.
- [9] CHAN CHEE C, DRESSEN C, LAGRANGE H et al. La santé de l'homme, n°323, 1996, p2-25.
- [10] CLOUTIER J. Réponses psychosociales d'adaptation à l'interruption volontaire de grossesse d'un groupe d'adolescentes. Recherche en soins infirmiers, 1995, p21-64.
- [11] COTTET V. IVG à l'adolescence : passage à l'acte ou rite de passage ? Thèse pour obtenir le grade de Docteur en médecine. Nancy : UHP nancy faculté de médecine, 2001, 117p.
- [12] GIOJA-BRUNERIE C. L'IVG, un défaut de contraception ? Les dossiers de l'obstétrique, 2006, n°347, p9-14.
- [13] GUILLAUME S. Prévention des grossesses chez les adolescentes : info-ado ou comment rapprocher les adolescentes des structures médicales. Les dossiers de l'obstétrique, 2001, n°296, p30-32.
- [14] JEAMMET P. La dimension psychique de la sexualité des adolescents d'aujourd'hui. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, vol 33, fascicule 9, p624-626.

- [15] JEANDET-MENGUAL E. Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 Juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Rapport 2002 145. IGAS. Décembre 2002. 52p.
- [16] LE BRETON D. Conduites à risque à l'adolescence : spécificité des filles et des garçons approche anthropologique Gynécologie Obstétrique & Fertilité, vol 33, p39-43.
- [17] MAILLARD C. Ce qui a changé dans l'interruption volontaire de grossesse, un entretien avec Jean Michel Tournaire. Le concours médical, 2002, tome 124, n°1, p7-9.
- [18] MARCELLI D. Psychopathologie de l'adolescent. Paris : Masson, coll abrégé, 1992, 348p.
- [19] MIGNOT S. Mieux appliquer la loi de juillet 2001. Profession sage femme, n°95, p16-19.
- [20] MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, DREES, VILAIN A. Les Interruptions de grossesses en 2004, édité en 2006.
- [21] NISAND I. Comment diminuer le nombre des IVG en France ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2003, vol 31, p499-503.
- [22] NISAND I. Faut-il assouplir encore les règles de l'interruption volontaire de grossesse en France ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2001, vol 29, p409-412.
- [23] NISAND I. Gynécologie et santé des femmes : l'IVG en France. [en ligne]. Disponible sur : http://cngof.asso.fr/d_cohen/coB_13.htm. (23/08/2006).
- [24] NISAND I. Une interview du Pr Israel Nisand. La lettre du gynécologue info congrès 20èmes journées pyrénéennes de gynécologie 6-7 Octobre 2006. p1-2.
- [25] ORIGLIA D, OUIILLON H. L'adolescent. 10^{ème} édition, ESF : Paris, 1977, 243p.
- [26] PANISSET F. Rôle de la conseillère conjugale et familiale au sein d'un centre de planification et d'éducation familiale [en ligne]. Disponible sur : http://www.univ-metz.fr/presentation/services/sumps/se-parler/4.Role-de-la-conseillere-familiale_-Mme-Panisset_.pdf. (10/03/2007).
- [27] PAROT J. Gratuité de la contraception d'urgence pour les mineures : le décret est paru. Les nouvelles pharmaceutiques, n°229, 2002, p2-5.
- [28] SCHERER S. De l'antiquité à nos jours De l'avortement à l'IVG. Mémoire pour l'obtention du D.E de sage-femme. Metz : école de sages femmes P Morlanne de Metz Thionville, 1993, 46p.

[29] UZAN M. Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. [en ligne]. Disponible sur : http://sante.gouv.fr/htm/actugross_ado/36_981123a.htm. (23/08/2006).

[30] UZAN M. Un rapport sur les grossesses des adolescentes. Profession sage femme, 1999, n°54, p6-10.

[31] VERDEAUX E. Sage Femme et Orthogénie : Réalité ou Paradoxe ? Mémoire pour l'obtention du D.E de sage-femme. Metz : école de sages femmes P Morlanne de Metz Thionville, 2005, 60p.

[32] WEHRUNG N. Sage femme dans un centre de planification familiale...Et pourquoi pas ? Mémoire pour l'obtention du D.E de sage-femme. Metz : école de sages femmes P Morlanne de Metz Thionville, 1993, 43p.

ANNEXES :

Annexe I: Echelle de Tanner pour le garçon et la fille	1
Annexe II: Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975.....	2
Annexe III: Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001.....	7
Annexe IV: Recommandations de l'ANAES.....	18
Annexe V: Questionnaire.....	31

ANNEXE I

Echelle de Tanner pour le garçon et la fille :

Stade	Pilosité pubienne homme	Pilosité pubienne femme	Testicules et pénis chez l'homme	Développement des seins chez la femme
I	Absence de pilosité pubienne; un fin duvet couvre la zone génitale	Absence de pilosité pubienne	Testicules, scrotum et pénis de taille prépubère	Pas de seins, élévation éventuelle du mamelon et aréole petite et plate
II	Quelques poils légèrement pigmentés, droits, allongés, en général à la base du pénis	Quelques poils longs pigmentés, apparaissant sur le pourtour des grandes lèvres	Croissance du scrotum et des testicules; peau scrotale plus rouge et augmentation du volume du pénis	Apparition du bourgeon mammaire. Le mamelon et l'aréole augmentent de diamètre et sont légèrement bombés.
III	Poils pubiens bien visibles, pigmentés, bouclés, étalés latéralement	Augmentation de la pigmentation des poils pubiens, qui commencent à friser et n'occupent qu'une petite partie du pubis	Croissance du pénis en longueur. Allongement du scrotum et augmentation du volume testiculaire	Les bourgeons mammaires et l'aréole continuent de s'élargir. Le contour des seins ne se dessine pas encore
IV	Pilosité de type adulte, plus drue	Les poils pubiens continuent de friser et deviennent plus drus; pilosité plus dense	Le volume testiculaire et le scrotum continuent d'augmenter; pigmentation plus marquée du scrotum; le pénis continue de grandir et le contour du gland devient visible.	Projection antérieure de l'aréole et du mamelon pour former une seconde protubérance.
V	Pilosité adulte qui s'étend sur la surface interne des cuisses	Pilosité de type adulte en triangle qui s'étend sur la surface interne des cuisses	Les testicules, le scrotum et le pénis atteignent leur taille et leur forme adultes.	La protubérance aréolaire a disparu, le mamelon continue de saillir; anatomie de type adulte

ANNEXE II

Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Conseil constitutionnel a déclaré conforme à la Constitution,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE 1er

Art. 1er. - La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi.

Art 2. - Est suspendue pendant une période de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'application des dispositions des quatre premiers alinéas de l'article 317 du code pénal lorsque l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée avant la fin de la dixième semaine par un médecin dans un établissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 du code de la santé publique.

TITRE II

Art. 3. - Après le chapitre III du titre 1er du livre II du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III bis intitulé "Interruption volontaire de la grossesse" :

Art. 4. - La section I du chapitre III bis du titre 1er du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigé :

SECTION I

Interruption volontaire de la grossesse pratiquée avant la fin de la dixième semaine

"Art. L. 162. - La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse.

"Art. L. 162-2. - L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176.

"Art. L. 162-3. - Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, sous réserve de l'article L. 162-8 :

"1° Informer celle-ci des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures ;

"2° Remettre à l'intéressée un dossier-guide comportant :

"a) L'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères, célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que des possibilités offertes par l'adoption d'un enfant à naître ;

"b) La liste et les adresses des organismes visés à l'article 162-4.

"Un arrêté précisera dans quelles conditions les directions départementales d'action sanitaire et sociale assureront la réalisation des dossiers-guides destinés aux médecins.

"Art. L. 162-4 - Une femme s'estimant placée dans la situation visée à l'article L. 162-1 doit, après la démarche prévue à l'article L. 162-3, consulter un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé qui devra lui délivrer une attestation de consultation.

"Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés.

"Les personnels des organismes visés au premier alinéa sont soumis aux dispositions de l'article 378 du code pénal.

"Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

"Art. L. 162-5. - Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 162-3 et L. 162-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite : il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme.

"Art. L. 162-6. - En cas de confirmation, le médecin peut pratiquer lui-même l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L. 162-2. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, il restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin choisi par elle et lui délivre en outre un certificat attestant qu'il s'est conformé aux dispositions des articles L. 162-3 et L. 162-5.

"L'établissement dans lequel la femme demande son admission doit se faire remettre les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 162-3 à L. 162-5.

"Art. L. 162-7. - 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.

"Art. L. 162-8. - Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus.

"Sous la même réserve, aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

"Un établissement d'hospitalisation privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesses soient pratiquées dans ses locaux.

"Toutefois, dans le cas où l'établissement a demandé à participer à l'exécution du service public hospitalier ou conclu un contrat de concession, en application de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ce refus ne peut être opposé que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.

"Art. L. 162-9. - Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.

"Art. L. 162-10. - Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin, inspecteur régional de la santé ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.

"Art. L. 162-11. - L'interruption de grossesse n'est autorisée pour une femme étrangère que si celle-ci justifie de conditions de résidence fixées par voie réglementaire.

"Les femmes célibataires étrangères âgées de moins de dix-huit ans doivent en outre se soumettre aux conditions prévues à l'article L. 162-7."

Art. 5. - La section II du chapitre III bis du titre 1er du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigée :

SECTION II

Interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique

"Art. 162-12. - L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

"L'un des deux médecins doit exercer son activité dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 176 et l'autre être inscrit sur une liste d'experts près la Cour de cassation ou près d'une cour d'appel.

Un des exemplaires de la consultation est remis à l'intéressée : deux autres sont conservés par les médecins consultants.

"Art. L. 162-13. - Les dispositions des articles L. 162-2 et L. 162-8 à L. 162-10 sont applicables à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique."

Art. 6. - La section III du chapitre III bis du titre 1er du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigée :

SECTION III

Dispositions communes

"Art. L. 162-14. - Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'application du présent chapitre."

TITRE III

Art. 7. - I. - L'intitulé de la section I du chapitre V du livre II du code de la santé publique est modifié comme suit :

SECTION I

Etablissements d'hospitalisation recevant des femmes enceintes

II. - A l'article L. 176 du code de la santé publique les mots "une clinique, une maison d'accouchement ou un établissement privé" sont remplacés par les mots "un établissement d'hospitalisation privé".

III. - L'article L. 178 du code de la santé publique est modifié comme suit :

"Art L. 178. - Le préfet peut, sur rapport du médecin inspecteur départemental de la santé prononcer le retrait de l'autorisation prévue à l'article L. 176 si l'établissement cesse de remplir les conditions fixées par le décret prévu audit article ou s'il contrevient aux dispositions des articles L. 162-6 (2e alinéa) et L. 162-9 à L. 162-11."

IV. - Il est introduit dans le code de la santé publique un article L. 178-1 ainsi rédigé :

"Art. L. 178-1. - Dans les établissements visés à l'article L. 176 le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées chaque année ne pourra être supérieur au quart total des actes chirurgicaux et obstétricaux.

"Tout dépassement entraînera la fermeture de l'établissement pendant un an. En cas de récidive, la fermeture sera définitive."

Art. 8. - Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'avortement volontaire, effectué dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre 1er du livre II du code de la santé publique, ne peuvent excéder les tarifs fixés en application de l'ordonnance n° 45-1483 du 30 juin 1945 relative aux prix.

Art. 9. - Il est ajouté au titre III, chapitre VII du code de la famille et de l'aide sociale un article L. 181-2 ainsi rédigé :

"Art. L. 181-2. - Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre 1er du livre du code de la santé publique sont pris en charge dans les conditions fixées par décret."

Art. 10. - L'article L. 647 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. L. 647. - Sans préjudice des dispositions de l'article 60 du code pénal, seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2 000 à 20 000 F. ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué à l'interruption de grossesse, même licite, alors même que cette provocation n'aura pas été suivie d'effet.

"Seront punis des mêmes peines ceux qui, par un moyen quelconque, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens, auront fait de la propagande ou de la publicité directe ou indirecte concernant soit les établissements dans lesquels sont pratiquées les interruptions de grossesse, soit les médicaments, produits et objets ou méthodes destinés à procurer ou présentés comme de nature à procurer un interruption de grossesse.

"En cas de provocation, de propagande ou de publicité au moyen de l'écrit, même introduit de l'étranger, de la parole ou de l'image, même si celles-ci ont été émises de l'étranger pourvu qu'elles aient été perçues en France, les poursuites prévues aux alinéas précédents seront exercées contre les personnes énumérées à l'article 285 du code pénal, dans les conditions fixées par cet article, si le délit a été commis par la voie de la presse, et contre les personnes reconnues responsables de l'émission ou, à leur défaut, les chefs d'établissements, directeurs ou gérants des entreprises ayant procédé à la diffusion ou en ayant tiré profit, si le délit a été commis par toute autre voie."

Art. 11. - Les dispositions du titre II de la présente loi seront applicables tant que le titre 1er restera en vigueur. L'application des articles L. 161-1, L. 650 et L. 759 du code de la santé publique est suspendue pour la même durée.

Art. 12. - Le début du deuxième alinéa de l'article 378 du code pénal est ainsi rédigé :

"Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements pratiqués dans des conditions autres que celles qui sont prévues par la loi, dont elles ont eu connaissance..."
(Le reste sans changement).

Art. 13. - En aucun cas l'interruption volontaire de la grossesse ne doit constituer un moyen de régulation de naissances. A cet effet, le Gouvernement prendra toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les centres de protection maternelle et infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information.

Art. 14. - Chaque centre de planification ou d'éducation familiale constitué dans les centres de protection maternelle et infantile sera doté des moyens nécessaires pour informer conseiller et aider la femme qui demande une interruption volontaire de grossesse.

Art. 15. - Les décrets pris pour l'application de la présente loi seront publiés dans un délai de six mois à compter de la date de sa promulgation.

Art. 16. - Le rapport sur la situation démographique de la France, présenté chaque année au Parlement par le ministre chargé de la population, en application de la loi n°67-1176 du 28 décembre 1967, comportera des développements sur les aspects socio-démographiques de l'avortement.

En outre, l'institut national d'études démographiques analysera et publiera, en liaison avec l'institut national de la santé et de la recherche médicale, les statistiques établies à partir des déclarations prévues à l'article L. 162-10 du code de la santé publique.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.
Fait à Paris, le 17 janvier 1975.

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
JACQUES CHIRAC

Le garde des sceaux, ministre de la justice
JEAN LECANUET

Le ministre de la santé,
SIMONE VEIL

VALERY GISCARD D'ESTAING

Le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur
MICHEL PONIATOWSKI

Le ministre du travail,
Michel DURAFOUR

ANNEXE III

LOI no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,

L'Assemblée nationale a adopté,

Vu les décisions du Conseil constitutionnel no 2001-446 DC du 27 juin 2001 et no 2001-449 DC du 4 juillet 2001 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE Ier

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Article 1er

L'intitulé du chapitre II du titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse ».

Article 2

Dans la deuxième phrase de l'article L. 2212-1 du même code, les mots : « avant la fin de la dixième semaine de grossesse » sont remplacés par les mots : « avant la fin de la douzième semaine de grossesse ».

Article 3

Le deuxième alinéa de l'article L. 2212-2 du même code est complété par les mots : « ou, dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien et un tel établissement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ».

Article 4

L'article L. 2212-3 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2212-3. - Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels.

« Il doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an, comportant notamment le rappel des dispositions des articles L. 2212-1 et L. 2212-2, la liste et les adresses des organismes mentionnés à l'article L. 2212-4 et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse.

« Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins. »

Article 5

I. - Les deux premiers alinéas de l'article L. 2212-4 du même code sont ainsi rédigés :

« Il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

« Pour la femme mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation. Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure mentionnée à l'article L. 2212-7 susceptible de l'accompagner dans sa démarche. »

II. - Le troisième alinéa du même article est supprimé.

Article 6

Dans l'article L. 2212-5 du même code, les mots : « sauf au cas où le terme des dix semaines risquerait d'être dépassé, le médecin étant seul juge de l'opportunité de sa décision » sont remplacés par les mots : « sauf dans le cas où le terme des douze semaines risquerait d'être dépassé ».

Article 7

L'article L. 2212-7 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2212-7. - Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.

« Si la femme mineure non émancipée 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 ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.

« 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, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

« Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures. »

Article 8

L'article L. 2212-8 du même code est ainsi modifié :

1o Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2. » ;

2o Les deux derniers alinéas sont supprimés.

Article 9

I. - L'article L. 2322-4 du même code est abrogé.

II. - L'article L. 2322-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret fixe les installations autorisées dont les établissements de santé privés sont tenus de disposer lorsqu'ils souhaitent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse. »

Article 10

L'intitulé du chapitre III du titre Ier du livre II de la deuxième partie du même code est ainsi rédigé : « Interruption de grossesse pratiquée pour motif médical ».

Article 11

L'article L. 2213-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2213-1. - L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

« Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend au moins trois personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie obstétrique, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue. Les deux médecins précités doivent exercer leur activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 2322-1.

« Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Lorsque l'équipe du centre précité se réunit, un médecin choisi par la femme peut, à la demande de celle-ci, être associé à la concertation.

« Dans les deux cas, préalablement à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire compétente, la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par tout ou partie des membres de ladite équipe. »

Article 12

A l'article L. 2213-2 du même code, les mots : « pour motif thérapeutique » sont remplacés par les mots : « pour motif médical ».

Article 13

I. - L'article L. 5135-1 du même code est ainsi modifié :

1o Les trois premiers alinéas sont supprimés ;

2o Au dernier alinéa, les mots : « lesdits appareils » sont remplacés par les mots : « des dispositifs médicaux utilisables pour une interruption volontaire de grossesse » et les mots : « comme commerçants patentés » sont supprimés.

II. - L'article L. 5435-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 5435-1. - La vente, par les fabricants et négociants en appareils gynécologiques, de dispositifs médicaux utilisables pour une interruption volontaire de grossesse à des personnes n'appartenant pas au corps médical ou ne faisant pas elles-mêmes profession de vendre ces dispositifs est punie de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende.

« Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables des infractions, définies au présent article, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal. Elles encourent la peine d'amende suivant les modalités prévues à l'article 131-38 du code pénal.

« Les personnes physiques et les personnes morales encourent également les peines suivantes :

« 1o La confiscation des dispositifs médicaux saisis ;

« 2o L'interdiction d'exercer la profession ou l'activité à l'occasion de laquelle le délit a été commis, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans. »

Article 14

I. - L'article 223-11 du code pénal est abrogé.

II. - L'article L. 2222-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 2222-2. - L'interruption de la grossesse d'autrui est punie de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende lorsqu'elle est pratiquée, en connaissance de cause, dans l'une des circonstances suivantes :

« 1o Après l'expiration du délai dans lequel elle est autorisée par la loi, sauf si elle est pratiquée pour un motif médical ;

« 2o Par une personne n'ayant pas la qualité de médecin ;

« 3o Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la loi, ou en dehors du cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.

« Cette infraction est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende si le coupable la pratique habituellement.

« La tentative des délits prévus au présent article est punie des mêmes peines. »

Article 15

I. - L'article 223-12 du code pénal est abrogé.

II. - Après l'article L. 2222-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2222-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 2222-4. - Le fait de fournir à la femme les moyens matériels de pratiquer une interruption de grossesse sur elle-même est puni de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende. Ces peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 500 000 F d'amende si l'infraction est commise de manière habituelle. En aucun cas, la femme ne peut être considérée comme complice de cet acte.

« La prescription ou la délivrance de médicaments autorisés ayant pour but de provoquer une interruption volontaire de grossesse ne peut être assimilée au délit susmentionné. »

Article 16

Sont abrogés :

- le chapitre Ier du titre II du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ;
- les articles 84 à 86 et l'article 89 du décret du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises.

Article 17

L'article L. 2223-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 2223-2. - Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8 :

« - soit en perturbant de quelque manière que ce soit l'accès aux établissements mentionnés à l'article L. 2212-2, la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ;

« - soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans ces établissements, des femmes venues y subir une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières. »

Article 18

I. - Le premier alinéa de l'article L. 2412-1 du même code est ainsi rédigé :

« Le titre Ier du livre II de la présente partie, à l'exception du quatrième alinéa de l'article L. 2212-8, est applicable dans la collectivité territoriale de Mayotte. L'article L. 2222-2 est également applicable. »

II. - Les articles L. 2412-2 et L. 2412-3 du même code sont abrogés.

III. - L'article L. 2414-2 du même code est abrogé.

Les articles L. 2414-3 à L. 2414-9 deviennent respectivement les articles L. 2414-2 à L. 2414-8.

A l'article L. 2414-1, la référence : « L. 2414-9 » est remplacée par la référence : « L. 2414-8 ».

IV. - L'article 723-2 du code pénal est abrogé.

V. - Les articles 1er à 17 de la présente loi sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article 19

I. - Les dispositions des articles L. 2212-1, L. 2212-7, L. 2222-2, L. 2222-4 et L. 2223-2 du code de la santé publique sont applicables dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.

II. - L'article 713-2 du code pénal est abrogé.

III. - A. - Après le chapitre Ier du titre II du livre IV de la deuxième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre Ier-1 ainsi rédigé :

« Chapitre Ier-1

« Interruption volontaire de grossesse

« Art. L. 2421-4. - Les dispositions des articles L. 2212-1, L. 2212-7 et L. 2212-8 (premier alinéa) sont applicables dans le territoire des îles Wallis-et-Futuna. Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 2212-8, les mots : "selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2" ne s'appliquent pas. »

B. - L'article L. 2422-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2422-2. - Pour leur application dans le territoire des îles Wallis-et-Futuna :

« 1o Le 3o de l'article L. 2222-2 est ainsi rédigé :

« "3o Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement." ;

« 2o Aux articles L. 2223-1 et L. 2223-2, les mots : "par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8" sont remplacés par les mots : "par les dispositions législatives ou réglementaires applicables localement" ;

« 3o A l'article L. 2223-2, les mots : "mentionnés à l'article L. 2212-2" sont remplacés par les mots : "de santé, publics ou privés, autorisés à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par la réglementation applicable localement". »

IV. - A. - Le titre III du livre IV de la deuxième partie du même code est complété par un chapitre II ainsi rédigé :

« Chapitre II

« Interruption volontaire de grossesse

« Art. L. 2432-1. - Les dispositions des articles L. 2212-1, L. 2212-7 et L. 2212-8 (premier alinéa) sont applicables dans le territoire des Terres australes et antarctiques françaises. Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 2212-8, les mots : "selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2" ne s'appliquent pas. »

B. - L'article L. 2431-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2431-1. - Les articles L. 2222-2, L. 2222-4, L. 2223-1 et L. 2223-2 sont applicables dans le territoire des Terres australes et antarctiques françaises. Pour leur application dans le territoire des Terres australes et antarctiques françaises :

« 1o Le 3o de l'article L. 2222-2 est ainsi rédigé :

« "3o Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement." ;

« 2o Aux articles L. 2223-1 et L. 2223-2, les mots : "par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8" sont remplacés par les mots : "par les dispositions législatives ou réglementaires applicables localement" ;

« 3o A l'article L. 2223-2, les mots : "mentionnés à l'article L. 2212-2" sont remplacés par les mots : "de santé, publics ou privés, autorisés à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par la réglementation applicable localement". »

V. - A. - Le titre IV du livre IV de la deuxième partie du même code est complété par un chapitre II ainsi rédigé :

« Chapitre II

« Interruption volontaire de grossesse

« Art. L. 2442-1. - Les dispositions des articles L. 2212-1, L. 2212-7 et L. 2212-8 (premier alinéa) sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 2212-8, les mots : "selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2" ne s'appliquent pas. »

B. - L'article L. 2441-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2441-2. - Pour leur application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française :

« 1o Le 3o de l'article L. 2222-2 est ainsi rédigé :

« "3o Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement." ;

« 2o Aux articles L. 2223-1 et L. 2223-2, les mots : "par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8" sont remplacés par les mots : "par les dispositions législatives ou réglementaires applicables localement" ;

« 3o A l'article L. 2223-2, les mots : "mentionnés à l'article L. 2212-2" sont remplacés par les mots : "de santé, publics ou privés, autorisés à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par la réglementation applicable localement". »

Article 20

Le chapitre II du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1o L'intitulé du chapitre est ainsi rédigé : « Prise en charge par l'Etat des dépenses exposées au titre de l'interruption volontaire de grossesse » ;

2o L'article L. 132-1 est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'intégralité des dépenses exposées à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique est prise en charge par l'Etat. » ;

b) Le dernier alinéa est complété par les mots : « , et notamment les conditions permettant, pour les personnes visées à l'alinéa précédent, de respecter l'anonymat dans les procédures de prise en charge ».

TITRE II

CONTRACEPTION

Article 21

Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 2311-4 du code de la santé publique, les mots : « sur prescription médicale » sont supprimés.

Article 22

Le chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'éducation est complété par une section 9 ainsi rédigée :

« Section 9

« L'éducation à la santé et à la sexualité

« Art. L. 312-16. - Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret no 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés. »

Article 23

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 6121-6 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Une information et une éducation à la sexualité et à la contraception sont notamment dispensées dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées. »

Article 24

I. - L'article L. 5134-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 5134-1. - I. - Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

« La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en oeuvre d'un suivi médical.

« II. - Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes, ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

« L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle est faite soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé. »

II. - Dans l'article 2 de la loi no 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « deuxième ».

Article 25

L'article L. 5434-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 5434-2. - Le fait de délivrer des contraceptifs mentionnés à l'article L. 5134-1 en infraction aux dispositions du premier alinéa du II dudit article et du 1o de l'article L. 5134-3 est puni de six mois d'emprisonnement et de 50 000 F d'amende. »

Article 26

Le titre II du livre Ier de la deuxième partie du même code est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

« Chapitre III

« Stérilisation à visée contraceptive

« Art. L. 2123-1. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.

« Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin.

« Ce médecin doit au cours de la première consultation :

« - informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ;

« - lui remettre un dossier d'information écrit.

« Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

« Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation. »

Article 27

Après l'article L. 2123-1 du même code, il est inséré un article L. 2123-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 2123-2. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en oeuvre efficacement.

« L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal de la personne concernée.

« Le juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.

« Le juge entend les père et mère de la personne concernée ou son représentant légal ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile.

« Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article. »

Article 28

I. - Les articles 24, 25, 26 et 27 de la présente loi sont applicables dans la collectivité territoriale de Mayotte.

II. - Dans l'article L. 372-1 du code de l'éducation, il est inséré, après la référence : « L. 312-15, », la référence : « L. 312-16, ».

III. - L'avant-dernier alinéa (3o) de l'article L. 5511-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« 3o Le titre III, à l'exception du 2o de l'article L. 5134-3 ; ».

IV. - Les articles L. 5511-13 et L. 5514-2 du même code sont abrogés.

V. - A l'article L. 5514-1 du même code, les mots : « , à l'exception de l'article L. 5434-2, et » sont supprimés.

VI. - L'article L. 5511-12 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 5511-12. - A l'article L. 5134-1, les mots : "mentionnés à l'article L. 2311-4" ne s'appliquent pas dans la collectivité territoriale de Mayotte. »

Article 29

I. - Il est inséré, au premier alinéa de l'article L. 5521-6 du code de la santé publique, après les mots : « celles du chapitre II du titre III du livre Ier », les mots : « , celles du I de l'article L. 5134-1 ».

II. - Il est inséré, dans l'article L. 5531-1 du même code, après les mots : « celles du chapitre II du titre III du livre Ier », les mots : « , celles du I de l'article L. 5134-1 ».

III. - Il est créé, au titre IV du livre V de la cinquième partie du même code, un chapitre unique ainsi rédigé :

« Chapitre unique

« Produits pharmaceutiques

« Art. L. 5541-1. - Le I de l'article L. 5134-1 est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. »

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 4 juillet 2001.

Jacques Chirac

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

Lionel Jospin

Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,

Laurent Fabius

Le ministre de l'emploi et de la solidarité,

Elisabeth Guigou

La garde des sceaux, ministre de la justice,

Marylise Lebranchu

Le ministre de l'intérieur,

Daniel Vaillant

Le ministre de l'éducation nationale,

Jack Lang

Le ministre de la jeunesse et des sports,

Marie-George Buffet

La ministre déléguée à la famille, à l'enfance
et aux personnes handicapées,

Ségolène Royal

Le ministre délégué à la santé,

Bernard Kouchner

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer,

Christian Paul

La secrétaire d'Etat aux droits des femmes

et à la formation professionnelle,

Nicole Péry

ANNEXE IV

Recommandations de l'ANAES



Agence Nationale
d'Accréditation et
d'Évaluation en Santé

**PRISE EN CHARGE DE L'INTERRUPTION
VOLONTAIRE DE GROSSESSE
JUSQU'À 14 SEMAINES**

MARS 2001

Service des recommandations et références professionnelles

AVANT-PROPOS

La médecine est marquée par l'accroissement constant des données publiées et le développement rapide de nouvelles techniques qui modifient constamment les stratégies de prise en charge préventive, diagnostique et thérapeutique des malades. Dès lors, il est très difficile pour les professionnels de santé d'assimiler toutes les informations découlant de la littérature scientifique, d'en faire la synthèse et de l'incorporer dans sa pratique quotidienne.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), qui a succédé à l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), a notamment pour mission de promouvoir la démarche d'évaluation dans le domaine des techniques et des stratégies de prise en charge des malades, en particulier en élaborant des recommandations professionnelles. À ce titre, elle contribue à mieux faire comprendre les mécanismes qui relient évaluation, amélioration de la qualité des soins et régularisation du système de santé.

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Leur objectif principal est de fournir aux professionnels de santé une synthèse du niveau de preuve scientifique des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique, et d'être ainsi une aide à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé.

Les recommandations professionnelles contenues dans ce document ont été élaborées par un groupe multidisciplinaire de professionnels de santé, selon une méthodologie explicite, publiée par l'ANAES dans son document intitulé : « Les Recommandations pour la Pratique Clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France - 1999 ».

Le développement des recommandations professionnelles et leur mise en application doivent contribuer à une amélioration de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources. Loin d'avoir une démarche normative, l'ANAES souhaite, par cette démarche, répondre aux préoccupations de tout acteur de santé soucieux de fonder ses décisions cliniques sur les bases les plus rigoureuses et objectives possible.

Professeur Yves MATILLON
Directeur général de l'ANAES

Ces recommandations ont été faites à la demande de la Direction générale de la santé. Elles ont été établies dans le cadre d'un partenariat entre l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé et :

- l'Association Nationale des Centres d'Interruption Volontaire de Grossesse et de Contraception,
- l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales,
- le Collège National des Généralistes Enseignants,
- le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français,
- la Confédération nationale du mouvement pour le planning familial,
- la Fédération Française de Psychiatrie,
- le Regroupement national des sages-femmes occupant un poste d'encadrement,
- la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation,
- la Société Française de Médecine Générale,
- la Société Française Thérapeutique du Généraliste.

La méthode utilisée est celle décrite dans le guide d'élaboration des «Recommandations pour la pratique clinique – Bases méthodologiques pour leur réalisation en France – 1999 » publié par l'ANAES.

L'ensemble du travail a été coordonné par M. le Pr Alain DUROCHER, responsable du service recommandations et références professionnelles

La recherche documentaire a été réalisée par Mme Christine DEVAUD, documentaliste, avec l'aide de Mme Sylvie LASCOLS, sous la responsabilité de Mme Hélène CORDIER.

Le secrétariat a été réalisé par Mlle Marie-Laure TURLET.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé tient à remercier les membres du comité d'organisation, les membres du groupe de travail, les membres du groupe de lecture et les membres du Conseil scientifique dont les noms suivent.

COMITE D'ORGANISATION

Mme le Dr Chantal BELORGEY-BISMUT, AFSSAPS, Saint-Denis ;
Mme Chantal BIRMAN, sage-femme, Paris ;
M. le Dr Paul CESBRON, gynécologue-obstétricien, Creil ;
M. le Dr Abram COEN, psychiatre, Saint-Denis ;
M. le Dr Alain CORDESSE, gynécologue-obstétricien, Gonesse ;
Mme le Dr Catherine DENIS, AFSSAPS, Saint-Denis ;
M. le Dr Jean DOBOVETZKY, médecin généraliste, Albi ;

Mme le Dr Laurence LUCAS-COUTURIER, médecin généraliste, Asnières ;
M. le Dr Bernard MARIA, gynécologue-obstétricien, Paris ;
Mme Claude MOREL, sage-femme, Caen ;
Mme Muriel NAESSEMS, animatrice au planning familial, Villepinte ;
Mme le Dr Maryse PALOT, anesthésiste-réanimateur, Reims ;
M. le Pr Michel TOURNAIRE, gynécologue-obstétricien, Paris.

GROUPE DE TRAVAIL

M. le Pr Michel TOURNAIRE, gynécologue-obstétricien, Paris, président du groupe de travail ;
M. le Dr Bruno CARBONNE, gynécologue-obstétricien, Paris, chargé de projet du groupe de travail ;
M. le Dr Gérard ANDREOTTI, médecin généraliste, La Crau ;
Mme Florence BARUCH-GOURDEN, psychologue, Gentilly ;
Mme Chantal BIRMAN, sage-femme, Paris ;
M. le Dr Alain BOURMEAU, médecin généraliste, Nantes ;
M. le Dr Paul CESBRON, gynécologue-obstétricien, Creil ;
Mme le Dr Catherine DENIS, AFSSAPS, Saint-Denis ;
Mme le Dr Régine DETRE, médecin scolaire, Paris ;

Mme le Dr Lise DURANTEAU, AFSSAPS, Saint-Denis ;
M. le Dr Bernard FONTY, gynécologue-obstétricien, Paris ;
Mme Elisabeth GAREZ, sage-femme, Caen ;
Mme le Dr Danielle GAUDRY, gynécologue-obstétricien, Saint-Maur ;
Mme Martine LEROY, cadre de santé, Nantes ;
Mme le Dr Patricia MEDIONI, anesthésiste-réanimateur, Villeneuve-Saint-Georges ;
Mme Sylvie NIEL, infirmière scolaire, Rouen ;
Mme le Dr Maryse PALOT, anesthésiste-réanimateur, Reims ;
M. le Dr Pierre-Yves PIETO, médecin généraliste, Lamballe ;
Mme Colette REGIS, assistante sociale, Paris ;
M. le Dr Jean-Yves VOGEL, médecin généraliste, Husseren-Wesserling.

GROUPE DE LECTURE

Mme Danièle ABRAMOVICI, CADAC, Paris ;
Mme le Dr Danielle-Eugénie ADORIAN, médecin généraliste, Paris ;
Mme Christiane ANDREASSIAN, sage-femme, Paris ;
Mme le Dr Nicole ATHEA, gynécologue-obstétricien, Paris ;
Mme le Dr Elisabeth AUBENY, gynécologue-médicale, Paris ;
Mme Brigitte AUBERT, infirmière, Paris ;
Mme le Dr Isabelle AUBIN-AUGER, médecin généraliste, Soisy-sous-Montmorency ;
M. le Dr Jean-Jacques BALDAUF, gynécologue-obstétricien, Strasbourg ;
Mme Christine BARBIER, médecin inspecteur, Melun ;
M. le Dr Philippe BOURGEOT, gynécologue, Villeneuve-d'Ascq ;
Mme le Dr Chantal BELORGEY-BISMUT, AFSSAPS, Saint-Denis ;
M. le Dr Jean-Christian BERARDI, gynécologue-obstétricien, Mantes-la-Jolie ;
Mme le Dr Anne-Marie BORG, gynécologue-obstétricien, Douarnenez ;
M. le Dr Géry BOULARD, anesthésiste-réanimateur, Paris ;
M. le Pr Gérard BREART, directeur de recherche, INSERM, Paris ;
Mme le Dr Marie-Laure BRIVAL, gynécologue-obstétricien, Paris ;
Mme le Dr Joëlle BRUNERIE, gynécologue-obstétricien, Clamart ;
M. le Dr Jean BRUXELLE, anesthésiste-réanimateur, Paris ;
M. le Dr Olivier CHEVRANT-BRETON, gynécologue-obstétricien, Rennes ;
Mme Martine CHOSSON, conseillère conjugale, Paris ;
M. le Dr Pascal CLERC, médecin généraliste, Issy-les-Moulineaux ;
M. le Dr Abram COEN, psychiatre, Saint-Denis ;
Mme Pascale COPPIN, assistante sociale, Issy-les-Moulineaux ;
M. le Dr Alain CORDESSE, gynécologue-obstétricien, Gonesse ;
M. le Dr Guy-Marie COUSIN, gynécologue-obstétricien, Saint-Herblain ;

Mme le Dr Laurence DANJOU, gynécologue-médicale, Paris ;
Mme le Dr Bernadette DE GASQUET, gynécologue-obstétricien, Paris ;
M. le Dr Alain DESROCHES, gynécologue-obstétricien, Orléans ;
Mme le Dr Anne DIB, endocrinologue, Paris ;
M. le Dr Jean DOUBOVETZKY, médecin généraliste, Albi ;
M. le Pr Bertrand DUREUIL, membre du conseil scientifique de l'ANAES ;
M. le Dr Jean-Claude FAILLE, anesthésiste-réanimateur, Béthune ;
Mme le Dr Catherine FREDOUILLE, gynécologue, La Seyne-sur-Mer ;
M. le Pr René FRYDMAN, gynécologue-obstétricien, Clamart ;
Mme Célia GABISON, Mouvement français pour le planning familial, Paris ;
Mlle Valérie GAGNERAUD, sage-femme, Limoges ;
Mme Brigitte GAUTHIER, sage-femme, Castelnau-le-Lez ;
M. le Dr Bernard GAY, membre du conseil scientifique de l'ANAES ;
M. le Dr Patrick GINIES, anesthésiste-réanimateur, Montpellier ;
Mme Marie-Pierre GIRARD, sage-femme, Grenoble ;
Mme Anne-Marie GIRARDOT, sage-femme, Valenciennes ;
Mme Rolande GRENTE, membre du conseil scientifique de l'ANAES ;
Mme Brigitte HAIE, psychologue, Tours ;
Mme le Dr Danielle HASSOUN, gynécologue-obstétricien, Saint-Denis ;
Mme le Dr Martine HATCHUEL, gynécologue-obstétricien, Paris ;
Mme Paule INIZAN-PERDRIX, sage-femme, Lyon ;
Mme le Dr Joëlle JANSE-MAREC, gynécologue-obstétricien, Levallois ;
Mme Marie-Josée KELLER, sage-femme, Paris ;
M. le Dr Philippe LAMBERT, médecin généraliste, Sète ;
Mme le Dr Marie-Chantal LANDEAU, gynécologue-obstétricien, Paris ;

- M. le Dr Philippe LARMIGNAT, anesthésiste-réanimateur, Bobigny ;
M. le Dr Daniel LAVERDISSE, anesthésiste-réanimateur, Montauban ;
Mme LAVILLONNIERE, sage-femme, Vals-les-Bains ;
M. le Dr Jean-Marie LE BORGNE, anesthésiste-réanimateur, Laon ;
Mme Denise LEDARE, sage-femme, Brest ;
Mme Elisabeth LEDUC, infirmière, Bihorel ;
M. le Dr Philippe LEFEBVRE, gynécologue, Roubaix ;
Mme le Dr Marie-France LEGOAZIOU, médecin généraliste, Lyon ;
M. le Pr Michel LEVARDON, gynécologue-obstétricien, Clichy ;
M. le Dr Michel LEVY, anesthésiste-réanimateur, La Roche-sur-Yon ;
M. le Pr Gérard LEVY, gynécologue-obstétricien, Caen ;
Mme Anne LEYRONAS, sage-femme, Paris ;
Mme Pierrette LHEZ, membre du conseil scientifique de l'ANAES ;
Mme le Dr Claudie LOCQUET, médecin généraliste, Bourg-de-Plourivo ;
Mme le Dr Laurence LUCAS-COUTURIER, médecin généraliste, Asnières ;
Mme Laëtitia LUSSOU-PLOIX, sage-femme, Saint-Cloud ;
M. le Dr Bernard MARIA, gynécologue-obstétricien, Villeneuve-Saint-Georges ;
Mme le Dr Christine MATUCHANSKY, gynécologue, Maisons-Laffitte ;
Mme Eliane MEILLIER, médecin généraliste, Paris ;
M. le Pr Jacques MENTION, gynécologue-obstétricien, Amiens ;
Mme Rosine MEYNIAL, Fédération nationale couple et famille, Paris ;
M. le Dr Alain MILLET, médecin généraliste, Tarcenay ;
M. le Dr Michel MINTZ, gynécologue, Paris ;
Mme Claude MOREL, sage-femme, Caen ;
M. le Dr Jack MOUCHEL, gynécologue-obstétricien, Le Mans ;
Mme Muriel NAESSEMS, Mouvement français pour le planning familial, Villepinte ;
Mme Sylvie NIEL, infirmière, Rouen ;
M. le Pr Israël NISAND, gynécologue-obstétricien, Strasbourg ;
Mme Sarah PAILHES, sage-femme, Les Lilas ;
Mme le Dr Clara PELISSIER, gynécologue, Paris ;
Mme Geneviève PERESSE, sage-femme, Échirolles ;
M. le Dr André PODEVIN, sexologue, Arras ;
M. le Dr Bernard POLITUR, médecin généraliste Cayenne ;
M. le Dr Emmanuel ROUBERTIE, médecin généraliste, Vendôme ;
M. le Dr Francis SAILLY, gynécologue, Tourcoing ;
M. le Dr Stéphane SAINT LEGER, gynécologue-obstétricien, Montreuil ;
M. le Dr David SERFATY, gynécologue, Paris ;
M. le Dr Alain SERRIE, anesthésiste-réanimateur, Paris ;
Mme Annie SIRVEN, sage-femme, Vesseaux ;
M. le Dr Gérard SOFER, gynécologue-obstétricien, Hyères ;
Mme Maya SURDUTS, CADAC, Paris ;
M. le Pr Claude SUREAU, gynécologue-obstétricien, Paris ;
M. le Dr Pierre TARY, gynécologue-obstétricien, Montluçon ;
Mme Nora TENENBAUM, CADAC, Paris ;
M. le Dr Patrick THONNEAU, gynécologue-obstétricien, Toulouse ;
Mme Claude TOURE, conseillère conjugale, Paris ;
Mme Françoise TRUCCO, conseillère conjugale, Clichy-sous-Bois ;
Mme le Dr Isabelle VANONI, médecin généraliste, Nice ;
M. le Dr Érik VASSORT, anesthésiste-réanimateur, Grenoble ;
Mme le Dr Françoise VENDITTELLI, gynécologue-obstétricien, Grenoble ;
M. le Dr Pascal VILLEMONTAIX, gynécologue-obstétricien, Bressuire.

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Ces recommandations concernent la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse, réalisée dans le cadre légal, dans un délai de 14 semaines d'aménorrhée. Elles sont destinées à tous les professionnels de santé concernés par cette pratique.

Les recommandations proposées sont classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur, méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve : par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohortes ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas.

En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel.

I. Structures de prise en charge des IVG

- Les structures de prise en charge des IVG doivent être en nombre suffisant dans chaque département pour permettre l'accueil correct et dans des délais rapides de toutes les demandes. Les structures d'IVG fonctionnent chaque semaine, sans interruption, pendant toute l'année et s'organisent de façon à pouvoir prendre en compte les recommandations médicales, techniques, sociales et psychologiques exprimées ci-dessous.
- Jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée (SA) (84 jours), les structures d'IVG sont, soit intégrées dans un établissement de soins ayant un service de gynécologie-obstétrique, soit en convention avec un établissement disposant d'un plateau technique permettant de prendre en charge l'ensemble des complications de l'IVG.
- Les IVG au-delà de 12 SA doivent être prises en charge dans une structure disposant d'un plateau technique chirurgical. Ces structures doivent être désignées et connues de tous les centres d'accueil des IVG au sein de chaque département.
- Il est indispensable que chaque centre d'accueil des IVG dispose au sein de l'établissement d'au moins un échographe avec sonde vaginale.
- L'activité d'IVG entre dans le cadre d'un projet de service auquel adhèrent tous les membres du personnel qui participent à cette activité. Le personnel de ces structures doit bénéficier d'une formation spécifique à cette activité.

II. Accueil, organisation

- Toute patiente demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant son appel. Plus l'IVG intervient précocement pendant la grossesse et plus le risque de complications est faible. La précocité de réalisation permet également un choix plus large de techniques utilisables. L'accès à l'IVG doit donc être simple et rapide.
- Chaque structure de prise en charge des IVG doit disposer d'une ligne téléphonique dédiée à cette seule activité, connue et largement diffusée. En dehors des heures ou jours de présence du personnel, un message téléphonique clair et précis apporte les réponses les plus utiles sur le fonctionnement de l'unité et les principales démarches à effectuer.
- Un accueil et un secrétariat opérationnels doivent permettre d'apporter les principales réponses aux demandes des femmes, l'orientation vers les consultations préalables, l'information sur les modalités de l'IVG. Cet accueil et ce secrétariat sont signalés avec précision à l'entrée, ainsi qu'à l'intérieur de l'établissement de soins.
- Sauf cas exceptionnel, les IVG doivent être réalisées en ambulatoire ou en hôpital de jour (séjour inférieur à 12 heures).

III. Consultations pré-IVG

- Lors de la première consultation, des informations claires et précises sont apportées à la patiente sur la procédure (méthode médicamenteuse ou chirurgicale) et les choix offerts de recours à l'anesthésie locale ou générale, ainsi que sur le temps de réflexion. Outre cette information orale, les professionnels établissent et mettent à la disposition des patientes des documents d'information écrits.
- À l'occasion ou préalablement à la consultation médicale, un entretien d'information, de soutien et d'écoute doit pouvoir être proposé systématiquement et réalisé pour les femmes qui souhaiteraient en bénéficier. L'entretien doit dans ce cas être confié à des professionnels qualifiés pour cet accompagnement et l'identification de difficultés psychosociales.
- L'âge gestationnel de la grossesse est précisé par l'interrogatoire, l'examen clinique ; le recours à une échographie doit être possible sur place lors de la consultation.
- La consultation pré-IVG est l'occasion de proposer, selon le contexte clinique, un dépistage des maladies sexuellement transmissibles dont l'infection par le VIH et des frottis cervico-vaginaux de dépistage.
- Le mode de contraception ultérieure est abordé et éventuellement prescrit dès la visite précédant l'IVG. Il est utile de tenter de comprendre les raisons de l'échec de la contraception actuelle ou de son absence.
- Une procédure d'urgence permet de raccourcir le délai de réflexion. Cette procédure s'applique aux femmes dont l'âge gestationnel est situé entre 12 et 14 SA.

- Toutes les patientes doivent disposer d'un groupe sanguin Rhésus avec recherche d'agglutinines irrégulières. D'autres examens peuvent être prescrits si nécessaire lors d'une éventuelle consultation préanesthésique.

IV. Techniques d'IVG en fonction de l'âge gestationnel

Dans tous les cas où cela est possible, les femmes doivent pouvoir choisir la technique, médicale ou chirurgicale, ainsi que le mode d'anesthésie, locale ou générale.

- La technique chirurgicale repose sur la dilatation du col et l'évacuation du contenu utérin par aspiration dans des conditions strictes d'asepsie. La dilatation du col peut être précédée d'une préparation cervicale médicamenteuse.

Lorsqu'elle est recommandée, la technique de préparation cervicale repose sur :

- mifépristone 200 mg *per os* 36 à 48 heures avant aspiration (grade A) ;
- ou misoprostol 400 µg par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant aspiration (grade A).

La préparation cervicale, quel que soit le produit utilisé, ne nécessite pas d'hospitalisation.

Le contrôle visuel du produit d'aspiration est indispensable.

En postopératoire, toute patiente ayant bénéficié d'une sédation intraveineuse, d'une anesthésie générale ou périmédullaire doit séjourner en salle de surveillance post-interventionnelle.

- La technique médicale repose sur l'association de l'antiprogestérone mifépristone et de prostaglandines.

- Jusqu'à 7 SA révolues (49 jours) les deux techniques, chirurgicale et médicale, sont utilisables selon les disponibilités et le choix de la patiente.

➤ La technique chirurgicale expose à un risque d'échec inférieur à la technique médicale ; cependant, ce risque d'échec est plus important à cet âge gestationnel que plus tardivement.

➤ La technique médicale est utilisable à domicile ou en hospitalisation.

Le protocole recommandé (grade A) est :

- mifépristone 200 mg *per os* ;
- misoprostol 400 µg par voie orale ou vaginale 36 à 48 heures plus tard.

L'hémorragie, témoin de l'effet du traitement médical, survient dans les 3 à 4 heures suivant la prise de misoprostol.

En cas de prise de misoprostol à domicile, les précautions suivantes doivent être prises :

- distance entre le domicile de la patiente et le centre hospitalier référent limitée (délai de transport de l'ordre de 1 heure) et possibilité de le rejoindre et/ou de s'y rendre 24 h/24 ;
- choix laissé à la patiente du lieu, hôpital ou domicile, de réalisation de l'IVG et patiente accompagnée par un proche à domicile ;
- précautions particulières d'information de la patiente notamment sur la conduite à tenir en cas d'hémorragie ;
- évaluation médico-psychosociale des patientes éligibles pour ce type de procédure ;

- limitation à 7 SA des IVG à domicile (le risque hémorragique ne semble pas plus fréquent au-delà, mais l'hémorragie pourrait être plus sévère à des âges gestationnels plus avancés et les douleurs sont également plus importantes) ;
 - importance d'insister sur la nécessité de la visite de contrôle, 14 à 21 jours après l'IVG, comportant au minimum un examen clinique et le recours facile à l'échographie pour vérifier la vacuité utérine ;
 - le jour de l'administration à l'hôpital de la mifépristone, les comprimés de misoprostol doivent être confiés à la patiente pour qu'elle les prenne à domicile 36 à 48 heures plus tard par voie orale ;
 - une prescription d'antalgiques autres que le paracétamol doit être donnée à la patiente avant son retour à domicile (par exemple AINS en l'absence de contre-indication).
- 8^e et 9^e SA (de 50 à 63 jours)
- Les deux techniques, chirurgicale ou médicale, sont utilisables selon les disponibilités et le choix de la patiente.
- La technique chirurgicale est la technique de choix ; une préparation cervicale médicamenteuse est recommandée chez la nullipare. Elle repose sur :
 - mifépristone 200 mg *per os* 36 à 48 heures avant l'aspiration ;
 - ou misoprostol 400 µg par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant l'aspiration.
 - La technique médicale doit être réalisée en milieu hospitalier. Le protocole recommandé (grade A) est :
 - mifépristone 200 mg *per os* ;
 - misoprostol 400 µg par voie orale ou vaginale 36 à 48 heures plus tard ;
 - si l'expulsion ne s'est pas produite 3 heures après la première administration de misoprostol, une deuxième dose de 400 µg peut être administrée par la même voie.
- De la 10^e à la 12^e SA (de 64 à 84 jours)
- La technique chirurgicale est la technique de choix. Une préparation cervicale médicamenteuse est recommandée. Elle repose sur :
 - mifépristone 200 mg *per os* 36 à 48 heures avant l'aspiration ;
 - ou misoprostol 400 µg par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant l'aspiration.
 - La technique médicale n'est pas recommandée.
- 13^e et 14^e SA (de 85 à 98 jours)
- La technique chirurgicale est la technique de choix (grade B).
L'évacuation utérine repose sur l'aspiration à l'aide d'une canule et, lorsque cela est nécessaire, sur l'utilisation de pinces spécifiques. Cette technique requiert une formation spécifique.
Une préparation cervicale médicamenteuse est recommandée. Elle repose sur :
 - mifépristone 200 mg *per os* 36 à 48 heures avant l'aspiration ;
 - ou misoprostol 400 µg par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant l'aspiration.
L'utilisation éventuelle de l'anesthésie locale demande une très bonne maîtrise de la technique de dilatation et évacuation.

- La technique médicale n'est pas recommandée sauf cas particulier. Dans cette dernière situation, le protocole repose sur :
 - mifépristone 200 mg *per os* ;
 - misoprostol 800 µg par voie vaginale 36 à 48 heures plus tard.

La technique médicale requiert certaines contraintes d'organisation :

- une hospitalisation conventionnelle doit être prévue ;
- une analgésie péridurale doit pouvoir être disponible à la demande ;
- une révision utérine doit être réalisée soit systématiquement, soit en fonction du contrôle échographique de la vacuité ou non de l'utérus.

V. Prise en charge de la douleur – Analgésie et anesthésie

- L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse est responsable de douleurs, modérées à sévères pour plus de 50 % des femmes, liées principalement à l'utilisation des prostaglandines. L'efficacité des traitements antalgiques proposés dans l'IVG a été peu évaluée.
- Lors des avortements par aspiration, pour environ le tiers des patientes, la technique d'anesthésie locale par bloc paracervical ne prévient pas la survenue de douleurs considérées comme sévères lors de la pratique de l'aspiration endo-utérine (grade C). Toutefois, l'injection de lidocaïne intracervicale au niveau de la région isthmique (orifice interne du col) diminue significativement le score de la douleur par comparaison à la technique précédente (grade B).
- Les benzodiazépines sont inefficaces sur la douleur des IVG par aspiration. L'efficacité du paracétamol n'est pas prouvée. En revanche, l'administration d'ibuprofène (AINS) diminue les scores de douleur per et postopératoire (grade A) ; seul l'ibuprofène a été étudié.
- Les facteurs de risque de survenue d'une douleur intense sont le jeune âge, la peur de l'acte, l'existence d'un utérus rétroversé, les antécédents de dysménorrhée, les grossesses les plus précoces et les plus avancées (grade C). De telles situations justifient l'utilisation d'antalgiques efficaces en préopératoire en cas d'anesthésie locale ou la proposition d'une anesthésie générale.
- La patiente doit être informée sur les différentes modalités d'anesthésie possibles (anesthésie générale ou anesthésie locale) ; le choix du type d'anesthésie revient à la patiente.
- Le recours à l'anesthésie générale doit être possible. Si l'anesthésie générale est retenue, elle répond aux exigences du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994. Les données concernant l'augmentation des complications liées à l'anesthésie générale (perforations, hémorragies, mortalité) sont anciennes et précèdent l'utilisation du misoprostol et des mesures de surveillance per et postopératoires actuelles. Pour la réalisation de l'anesthésie générale, les halogénés à forte concentration augmentent le volume des pertes sanguines ; l'utilisation d'ocytocine le diminue (grade B).

VI. Prévention des complications infectieuses

Bien qu'il n'existe pas de démonstration d'un bénéfice à long terme, il est recommandé, en cas d'IVG chirurgicale, d'adopter une stratégie de prévention des complications infectieuses qui peut faire appel à :

- une antibiothérapie en cas d'antécédent connu d'infection génitale haute ;
- pour toute autre situation à risque de MST : large indication de prélèvement vaginal et/ou de recherche de *Chlamydiae trachomatis* par PCR sur les urines, suivi de traitement de la patiente et du (des) partenaire(s) en cas de positivité ;
- en l'absence de facteur de risque : les données de la littérature ont montré l'efficacité de l'utilisation des antibiotiques pour réduire la fièvre post-IVG mais il n'y a pas de données sur les effets bénéfiques à long terme des antibiotiques.

VII. Prévention de l'incompatibilité Rhésus

La prévention de l'incompatibilité Rhésus doit être réalisée chez toutes les femmes Rhésus négatif par l'injection intraveineuse d'une dose standard de gamma-globulines anti-D. En cas d'IVG médicamenteuse à domicile, la prévention doit être faite lors de la prise de mifépristone.

VIII. Suites immédiates de l'IVG

- Avant la visite de contrôle
 - Après une IVG, médicamenteuse ou chirurgicale, une contraception œstroprogestative peut être commencée dès le lendemain de l'IVG.
La pose d'un dispositif intra-utérin est possible lors de l'examen de surveillance ou bien en fin d'aspiration en cas d'IVG chirurgicale.
 - Une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG sera remise à la patiente ainsi qu'un numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence.
- Visite de contrôle
 - La visite de contrôle est prévue entre le 14^e et le 21^e jour post-IVG.
 - Le contrôle de la vacuité utérine nécessite un examen clinique. Selon les données de cet examen, une échographie peut être réalisée.
 - La compréhension de la contraception et de sa bonne utilisation, normalement prescrite au décours même de l'IVG, doit être vérifiée. La présence et la situation correcte d'un éventuel dispositif intra-utérin mis en place lors d'une IVG chirurgicale sont vérifiées. Le cas échéant, le dispositif intra-utérin peut être mis en place.
 - Il existe peu de données concernant le retentissement psychologique de l'IVG. Un accompagnement spécifique doit être proposé et disponible.

IX. Évaluation

Les IVG doivent être déclarées. Un recueil national des données concernant l'IVG est nécessaire pour permettre une surveillance épidémiologique et l'évaluation des pratiques. Les données de ce recueil doivent être rapidement accessibles aux professionnels.

X. Proposition d'actions futures

Des travaux sont nécessaires, notamment :

- permettant de comparer techniques médicale et chirurgicale ;
- afin d'améliorer la prise en charge de la douleur liée à l'IVG ;
- afin de déterminer l'utilité à long terme d'une antibioprofylaxie ou d'une antibiothérapie au cours de l'IVG ;
- afin de préciser le retentissement psychologique de l'IVG.

ANNEXE V

Questionnaire

Septembre Octobre 2006

Madame, Mademoiselle,

Ce questionnaire vous est réservé si vous êtes âgée de moins de 20 ans et que vous venez de subir une IVG.

Vos réponses m'aideront pour mon travail de recherche en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme.

C'est strictement anonyme, n'inscrivez ni votre nom, ni votre prénom sur la feuille.

Quand vous l'aurez rempli vous pourrez le rendre à l'infirmière ou à la sage femme du service dans lequel vous êtes hospitalisée.

Avec les informations que vous me fournirez nous serons plus en mesure de connaître les besoins des jeunes femmes qui viennent d'avoir recours à une IVG.

Je vous remercie pour vos réponses.

Helène BIGI

Etudiante Sage-Femme

Ecole Pierre Morlanne de Metz-Thionville

Reçu par Valérie
le 10/10/06
Helène

Valérie
D de la glayelle
Helène

1) Quel âge avez-vous ? _____



2) Vous vivez :

- seule chez vos parents avec les 2 parents
 avec votre ami avec votre mère
 autres : _____ avec votre père

3) Votre situation professionnelle :

- Vous suivez des études, votre classe _____
 Vous travaillez
 Aucune activité

4) Votre situation personnelle :

- Vous êtes mariée
 Vous avez un compagnon, depuis combien de temps ? _____
 Vous n'avez pas ou plus de compagnon

5) Activité professionnelle des parents :

Quel est le métier de votre mère ? _____

Quel est le métier de votre père ? _____

6) Nombre de frères : _____ leur âge : _____
Nombre de sœurs : _____ leur âge : _____

7) Pendant votre scolarité avez-vous reçu des informations sur la contraception (préservatif, pilule et autres) et sur la prévention des infections sexuellement transmissibles (SIDA, hépatite...)

- OUI NON

8) À quel âge avez-vous eu votre 1^{er} rapport sexuel ? _____

11) Prenez-vous un moyen de contraception ?

- OUI Préservatif NON
 Pilule
 Autre : _____

9) Avez-vous déjà entendu parler de la pilule du lendemain ? OUI NON

10) L'avez-vous déjà utilisée ? OUI, combien de fois ? _____ NON

12) Les personnes que vous avez mises au courant pour vous accompagner dans la démarche de l'interruption de la grossesse sont (vous pouvez cocher plusieurs cases):

- Vous n'osez en parler à personne Frères ou sœurs : _____
 Votre mère Un(e) ami(e)
 Votre père Autres personnes : _____
 Votre petit ami ☞ Entourez la personne qui vous a accompagnée.

13) Avec quelles personnes pouvez-vous parler de votre sexualité, de la contraception ?

- Vous n'osez en parler à personne Frères ou sœurs : _____
 Votre mère Un(e) ami(e)
 Votre père Infirmière scolaire
 Votre petit ami Autres personnes : _____

14) Vous sentez-vous en décalage voire en conflit avec vos parents ?

- OUI NON

15) Pensez-vous avoir besoin d'aide après l'interruption de grossesse ? OUI NON

Si oui, vous aurez besoin de l'aide de :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Votre mère | <input type="checkbox"/> Vos frères ou sœurs _____ |
| <input type="checkbox"/> Votre père | <input type="checkbox"/> Un(e) ami(e) |
| <input type="checkbox"/> Votre petit ami | <input type="checkbox"/> Une personne du planning familial |
| <input type="checkbox"/> Autres _____ | |

16) Dans votre parcours personnel :

Vous consommez : du tabac du cannabis autres substances _____

Vous avez déjà : fugué, si oui combien de fois ? _____
 fait une tentative de suicide
 eu des idées suicidaires

17) Avez vous déjà été enceinte avant cette grossesse ? OUI NON

Avez vous déjà eu un enfant ? OUI NON

Avez vous déjà subi une IVG ? OUI NON

18) Les démarches pour recourir à l'interruption de la grossesse vous ont-elles paru simples ?

OUI NON

La communication est-elle bien passée avec les professionnel(le)s pendant les consultations ?

OUI NON

19) Avez-vous dû mentir pour vous faire hospitaliser ?

OUI A vos parents NON

A votre employeur

A votre école

20) Comment avez-vous découvert votre grossesse ?

- Vous n'aviez plus vos règles
 Vous avez fait un test de grossesse
 Autres



21) La grossesse était-elle désirée ? OUI NON

22) Vous n'avez pas pu garder la grossesse car :

- Vous vous sentiez trop jeune
 Vous n'aviez pas les moyens financiers pour la garder
 Vous suiviez les conseils de vos parents
 Votre compagnon voulait vous quitter si vous gardiez la grossesse
 Autres _____

23) Qu'est-ce qui aurait pu vous décider à garder cette grossesse ? _____

24) La prise de la décision a-t-elle été :

- Simple et évidente face à la situation
 Longue et difficile à prendre

25) A quel âge de la grossesse a eu lieu votre IVG ? _____

26) Quel moyen de contraception avez-vous envisagé pour plus tard ?

- Je ne sais pas encore Pilule
 Préservatif Autre : _____

27) Autres réflexions dont vous souhaitez me faire part ? _____

L'interruption volontaire de grossesse a été légalisée en France en 1975.

Les statistiques établies sur 15 ans, entre 1990 et 2004, font état d'une stabilité du nombre d'IVG en France. Cependant sur cette même période, l'étude par tranches d'âge révèle une nette progression du recours à l'IVG chez les 15-19 ans.

Parallèlement, l'information sur la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles n'a cessé de se développer. Comment peut-on alors expliquer ce phénomène ? Existe-t'il un profil type socio-économique ou comportemental de cette tranche d'âge ?

Dans ce mémoire je me propose de rechercher les origines de cette part importante d'adolescentes parmi les candidates à l'IVG et d'apporter quelques pistes de réflexion quant à la prévention et la prise en charge de cet événement marquant à l'aube de la vie sexuelle de ces jeunes femmes.

Il est évident que le processus qui amène une jeune femme à l'IVG est multifactoriel, mais mon étude réalisée auprès de 21 adolescentes ayant subi une IVG témoigne que l'adolescence est une période particulièrement vulnérable, tant sur le plan affectif que comportemental.

Ce mémoire souligne qu'une meilleure connaissance de cette période complexe qu'est l'adolescence permettra d'en limiter les effets délétères grâce à une prévention précoce, globale et adaptée dans laquelle la sage-femme a toute sa place.