

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N°76

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplôme d'Etudes Spécialisées
Médecine Générale

par

Lucie GRIGNON
née le 23 juin 1983 à Courbevoie

Présentée et soutenue publiquement le 11 décembre 2012

**La place du médecin traitant dans la prise en charge des interruptions
volontaires de grossesse chez les mineures.**

Etude transversale dans deux centres de planification et d'éducation familiale,
à Nantes, de décembre 2011 à juin 2012.

Président du jury: Monsieur le Professeur Rémy SENAND
Directrice de thèse: Madame le Docteur Vanessa CAPRON
Membres du jury: Madame le Professeur Christèle GRAS-LE GUEN
Monsieur le Professeur Henri-Jean PHILIPPE
Monsieur le Docteur Philippe DAVID

Table des matières

Liste des abréviations.....	4
1. INTRODUCTION.....	5
L'adolescence.....	5
La santé des adolescents. Les adolescents en médecine générale.....	5
Sexualité à l'adolescence et contraception.....	6
L'IVG chez la femme mineure.	7
2. MATERIEL ET METHODES.....	9
1. <u>Type d'étude.</u>	9
2. <u>Méthode de sélection de l'échantillon.</u>	9
3. <u>Méthode d'observation.</u>	10
4. <u>Méthode d'évaluation.</u>	11
5. <u>Ethique et confidentialité.</u>	12
3. LES RESULTATS.	13
1. <u>Effectif total.</u>	13
2. <u>Situation personnelle.</u>	13
a. <u>Age.</u>	13
b. <u>Situation scolaire ou professionnelle.</u>	13
c. <u>Situation personnelle.</u>	14
d. <u>Lieu d'habitation.</u>	15
3. <u>Le médecin traitant.</u>	16
a. <u>Caractéristiques du médecin traitant.</u>	16
b. <u>Relation avec le médecin traitant.</u>	17
c. <u>Présence des parents.</u>	19
4. <u>Le parcours gynécologique.</u>	21
a. <u>Age au premier rapport sexuel.</u>	21
b. <u>Suivi gynécologique.</u>	21
c. <u>Enfants et IVG.</u>	22
d. <u>Contraception avant l'IVG.</u>	22
5. <u>L'IVG.</u>	25
a. <u>Circonstances de découverte de la grossesse.</u>	25
b. <u>Personne(s) au courant et accompagnante(s) pour la demande d'IVG.</u>	26
c. <u>Première consultation dans la démarche d'IVG.</u>	27
d. <u>Prescription de l'échographie.</u>	28
e. <u>Modalités d'entrée en contact avec le centre d'IVG.</u>	28
f. <u>Simplicité des démarches pour recourir à l'IVG.</u>	29
g. <u>Type d'IVG.</u>	29
h. <u>L'IVG médicamenteuse au cabinet médical en ville.</u>	30
6. <u>Après l'IVG.</u>	31
a. <u>Contraception prescrite après l'IVG.</u>	31
b. <u>La place du médecin traitant après l'IVG.</u>	32
c. <u>Le soutien après l'IVG.</u>	33
7. <u>Les rôles du médecin traitant.</u>	34
8. <u>Cas particulier d'un questionnaire.</u>	38
9. <u>Remplissage des questionnaires.</u>	38

4. LA DISCUSSION.....	39
1. <u>Les limites de l'étude.....</u>	39
a. <u>Biais de sélection.....</u>	39
b. <u>Biais de recueil de l'information.....</u>	39
c. <u>Biais de non réponse.....</u>	39
2. <u>Interprétation des résultats.....</u>	40
a. <u>La situation personnelle des adolescentes.....</u>	40
b. <u>Les adolescentes et leur médecin traitant.....</u>	42
c. <u>Le parcours gynécologique des adolescentes.....</u>	43
d. <u>La contraception.....</u>	45
e. <u>L'IVG et la place du médecin traitant.....</u>	52
3. <u>Propositions pour améliorer les soins.....</u>	55
a. <u>Des actions d'information auprès des jeunes, notamment dans les établissements scolaires.....</u>	55
b. <u>La formation des professionnels de santé.....</u>	56
c. <u>Un accès effectif à une contraception anonyme et gratuite pour les mineures.....</u>	58
d. <u>Une meilleure maîtrise de la contraception et de ses échecs.....</u>	59
e. <u>Des expériences en cours à Nantes.....</u>	60
 Conclusion.....	 62
 Bibliographie	 63
 Annexes.....	 67
ANNEXE 1 Historique législatif de l'IVG et de la contraception en France.....	67
ANNEXE 2 Questionnaire.....	71
ANNEXE 3 IVG : quelques données chiffrées.....	76
a. <u>Au niveau national.....</u>	76
b. <u>Au niveau régional.....</u>	77
c. <u>A Nantes.....</u>	78

Liste des abréviations.

ANAES	agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARS	agence régionale de santé
CHU	centre hospitalier universitaire
CNGE	conseil national des généralistes enseignants
CNOM	conseil national de l'ordre des médecins
CPEF	centre de planification et d'éducation familiale
CSF	confédération syndicale des familles
DGS	direction générale de la santé
DIU	dispositif intra-utérin
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
GRSP	groupement régional de santé publique
HAS	haute autorité de santé
HCPF	haut conseil de la population et de la famille
IGAS	inspection générale des affaires sociales
INED	institut national d'études démographiques
INSERM	institut national de la santé et de la recherche médicale
INSEE	institut national de la statistique et des études économiques
INPES	institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IST	infection sexuellement transmissible
IVG	interruption volontaire de grossesse
MDA	maison des adolescents
MFPF	mouvement français pour le planning familial
OMS	organisation mondiale de la santé
PACS	pacte civil de solidarité
PSJ	plan santé jeune
SA	semaine d'aménorrhée

1. INTRODUCTION

L'adolescence.

La médecine de l'adolescent est tour à tour fascinante et délicate, aléatoire et difficile. Il existe de multiples définitions de l'adolescence. Il s'agit d'une période de transition au cours de laquelle un sujet n'est plus tout à fait un enfant, mais pas encore l'adulte qu'il est en passe de devenir. Cette période est marquée par d'importantes transformations biologiques, psychologiques et sociales, elles-mêmes sous l'influence d'un contexte socioculturel donné¹.

Le début de l'adolescence est marqué par la métamorphose physique et sexuelle, ayant pour conséquence directe un questionnement sur la normalité, une préoccupation liée à l'image corporelle et une revendication d'un espace d'intimité. Le milieu de l'adolescence, avec les dernières étapes de la puberté, permet une intégration plus ou moins harmonieuse de celle-ci dans le schéma personnel, familial et social. La fin de l'adolescence correspond à l'achèvement d'une identité d'adulte et de l'acquisition d'une relative indépendance matérielle autorisant une réelle émancipation¹. L'adolescence s'étend sur plusieurs années.

Sur un plan psychologique, l'adolescence correspond à un travail psychique qui comporte un deuil de l'enfance pour une réorganisation interne qui doit mener à se séparer des parents pour accéder à l'autonomie. L'adolescent doit retrouver une continuité d'existence malgré les changements du corps, sur lesquels il n'a aucun contrôle. Durant cette période, l'adolescent cherche son identité : identité sexuée avec complémentarité de l'autre, identité avec les pairs pour mieux affirmer la sienne, rupture avec le lien parental pour acquérir son autonomie². Des contrastes apparaissent lors de l'adolescence : entre la préoccupation du corps et l'apparente négligence, le sentiment d'invulnérabilité et le manque de confiance en soi, la prise de risques et le manque d'appréciation¹.

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, l'adolescence s'étend de 10 à 19 ans. L'OMS s'intéresse particulièrement à cette période, car de nombreuses maladies graves à l'âge adulte, trouvent leur origine durant l'adolescence³.

La santé des adolescents. Les adolescents en médecine générale.

Globalement, aujourd'hui en France, les adolescents sont et se déclarent en bonne santé⁴⁻⁵. Le médecin généraliste est indiscutablement le professionnel de santé le plus sollicité par cette population. Trois quarts des adolescents ont vu un médecin généraliste dans l'année. La consultation est le plus souvent sollicitée par un tiers, et un des parents est présent dans un cas sur deux. Le nombre moyen de consultation par an est de 2,5 pour les filles et de 2,1 pour les garçons⁶. En moyenne, un médecin généraliste voit un adolescent par jour. Les principaux motifs de consultation sont : le certificat d'aptitude au sport, l'acné, la contraception, les problèmes de poids, la vaccination, la fatigue, les infections de l'hiver⁷.

La médecine de l'adolescent¹ reconnaît un certain nombre de principes généraux :

- confrontation à un champ extrêmement vaste des besoins de santé.
- approche médicale « élargie ». En effet, le climat familial et le contexte psychosocial ont une forte influence sur la santé, et il importe au médecin d'analyser le cadre de vie de l'adolescent.
- place de l'adolescent comme interlocuteur à part entière. Il s'agit pour le médecin de trouver la « bonne » distance relationnelle avec l'adolescent ; il n'y a pas de règle concernant le tutoiement ou le vouvoiement. La règle fondamentale du secret professionnel reste applicable aux mineurs, c'est une obligation (*Code pénal articles 226-13 et 14, Code de Déontologie médicale, article 4*). Le mineur, au même titre que l'adulte, a le droit à une vie privée et à l'intimité (*Code Civil article 9*). Il est libre de consulter le médecin de son choix (*Code de Déontologie médicale article 6*).
- prise en compte des besoins propres des parents et de l'entourage. Un temps avec les parents est nécessaire, au début et/ou à la fin de la consultation, et un temps en tête à tête avec l'adolescent est également indispensable.
- communication très large. Tout peut et doit être abordé en tenant compte de l'âge maturatif.

Le médecin doit pouvoir élargir le contenu de la consultation, dépassant le simple motif du rendez-vous. L'anamnèse doit être exhaustive, le médecin peut s'aider de questionnaire de pré-consultation⁸. L'examen clinique, complet, doit pouvoir dépister les principales pathologies liées à cet âge, et rassurer l'adolescent sur sa normalité. Un temps de synthèse en fin de consultation est nécessaire, et le médecin peut également programmer un nouveau rendez-vous en cas de besoin¹⁻⁶⁻⁹⁻¹⁰.

Sexualité à l'adolescence et contraception.

De tous les phénomènes en jeu lors de l'adolescence, le plus déterminant est sans aucun doute celui de la sexualisation. L'acquisition d'une identité sexuée et le choix de l'objet sexuel entraînent un renoncement à l'amour oedipien infantile, un renoncement à la bisexualité, et un passage de l'autoérotisme à l'hétéro-érotisme¹. Cette période est marquée pour l'adolescent par une perte de contrôle, qui se traduit par la peur d'être débordé, la peur de devenir fou, voir un sentiment de dépersonnalisation¹¹. L'adolescent est ainsi confronté à une passivité difficile, puisque son désir le pousse vers l'autre, et le renvoie à des sentiments de différence et d'incomplétude, et donc de manque. La confrontation à la dépendance affective renvoie à la qualité de l'attachement des premières années de vie¹². L'adolescent doit accepter l'idée de la nécessaire complémentarité des sexes sans que cette complémentarité soit une blessure potentielle pour l'intégrité de son narcissisme ni une menace potentielle pour son propre sexe¹. Il existe de grandes disparités de rythme dans l'entrée dans la sexualité. L'âge moyen des premiers rapports sexuels est de 17 ans, avec un léger rajeunissement très récemment, et une utilisation du préservatif lors des premiers rapports sexuels supérieure à 80%¹³. Un adolescent sur dix a une sexualité précoce, avant 15 ans, âge légal pour être autorisé à avoir des relations sexuelles¹⁴. Il est important de souligner que 15% des filles et 2% des garçons déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés ou encore « volontaires mais non consentis ». La sexualité des adolescents correspond à un profil de « monogamie en série », qu'il est nécessaire de prendre en compte en terme de contraception¹.

L'ANAES, le ministère de la Santé et l'INPES ont rédigé ces dernières années des recommandations sur la contraception de la femme, recommandations largement reprises par les revues de médecine générale, pédiatrie ou gynécologie¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷. La méthode de choix chez l'adolescente est l'association du préservatif et d'une pilule oestroprogestative. Il est indispensable d'informer les adolescentes sur les échecs possibles des différents moyens contraceptifs et les différentes possibilités de rattrapage. En cas de problème d'observance, l'implant est une bonne alternative. Les méthodes avec manipulation vaginale sont à prescrire avec prudence à cet âge, et les méthodes naturelles ne sont pas adaptées¹⁸. La législation (rappelée en annexe 1) permet actuellement la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs sans le consentement des titulaires de l'autorité parentale, et de façon gratuite et anonyme dans les centres d'éducation et de planification familiale. Les pharmaciens ou infirmières scolaires sont autorisés à délivrer gratuitement la contraception d'urgence. Une adolescente sur trois entre 15 et 19 ans y a eu recours, mais ses modalités sont encore mal connues⁴. Dans notre société, la sexualité des adolescents est une réalité aujourd'hui reconnue, et dans l'ensemble tolérée, quoi qu'encore diversement acceptée¹⁹. Lors d'une consultation avec une adolescente, le médecin doit s'appuyer sur les « lignes de force positives et négatives »: les motivations à s'engager dans une relation sexuelle, le partenaire sexuel, le vécu de la sexualité, les relations parentales (V. Courtecuisse). Le médecin doit également pouvoir évoquer la possibilité de l'« enfant »: en effet, notre culture conditionne les adolescentes à la contraception et à l'interdit de grossesse ; il reste peu de place au désir d'enfant et de grossesse à cet âge²⁰.

La maturité sexuelle n'est pas un phénomène de « tout ou rien », il s'agit d'un cheminement où l'adolescent avance avec des essais et des erreurs : l'adulte ne peut exiger cette maturité d'emblée¹⁴.

L'IVG chez la femme mineure.

En France, la loi permet à toute femme enceinte qui s'estime placée dans une situation de détresse de demander à un médecin l'interruption de sa grossesse avant 14 SA, qu'elle soit majeure ou mineure.

L'historique de la législation de l'IVG en France est rappelé en annexe 1. Les guides et recommandations rédigés par le ministère de la Santé et la Haute Autorité de Santé expliquent parfaitement les modalités pratiques de l'IVG (délais, procédure médicale ou chirurgicale, IVG en établissement de santé ou hors établissement, déroulement des consultations, cas particulier de la femme mineure, suivi et contraception), les coûts et remboursements de ces soins²¹⁻²²⁻²³⁻²⁴⁻²⁵.

Les particularités de l'IVG chez la jeune femme mineure sont:

- l'entretien avec une personne qualifiée en conseil conjugal est obligatoire. Les mineures reçoivent alors une attestation d'entretien. Cet entretien est systématiquement proposé mais facultatif pour les femmes majeures.
- la jeune femme mineure doit demander l'IVG en dehors de la présence de toute personne.
- le consentement du père ou de la mère (ou du représentant légal) à la pratique de l'IVG est la règle. Cependant, si la femme mineure souhaite garder le secret vis-à-vis de ses parents ou si ce consentement n'est pas obtenu (refus des parents de donner leur consentement ou impossibilité de contacter l'un d'entre

eux), l'IVG ainsi que les actes médicaux, notamment l'anesthésie et les soins qui leur sont liés, sont pratiqués à sa seule demande. Dans ces situations, la femme mineure se fait accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix (article L.2212-7 du CSP). L'adulte accompagnant intervient à titre gratuit, il ne se substitue pas à ses parents (ou à son représentant légal) et ne dispose d'aucun attribut de l'autorité parentale. Aucune responsabilité civile ou pénale de la personne ainsi désignée ne peut être engagée par la femme mineure ou par les titulaires de l'autorité parentale pour les faits se rattachant à sa mission. L'adulte accompagnant est tenu au secret.

- si la femme mineure ne dispose pas du consentement de son père ou de sa mère (ou de son représentant légal), aucune demande de paiement ne peut être présentée à la mineure pour : les deux consultations préalables à l'IVG, les examens complémentaires, la consultation pré-anesthésique si nécessaire, les frais de soins et d'hospitalisation pour les IVG pratiquées dans un établissement de santé ou les frais liés à la réalisation des IVG médicamenteuses pratiquées par un médecin hors établissement de santé (consultations de remise des médicaments, consultation de contrôle, médicaments).

Malgré une couverture contraceptive parmi les meilleures au monde, la France se place juste dans la moyenne européenne pour le nombre d'IVG : un peu plus de 220000 en 2009, avec un taux stable de 15 IVG pour 1000 femme de 15 à 49 ans. Trente pour cent des grossesses sont non désirées, et elles sont interrompues une fois sur deux. La moitié des IVG est médicamenteuse, dont une sur cinq en cabinet médical²⁶⁻²⁷.

Les IVG chez les mineures, 15-17 ans, représente 6% du total, soit 11670 IVG en 2009²⁶⁻²⁷. Les IVG chez les mineures sont plus tardives, et représentent un facteur de risque de recours à l'IVG. Les échecs de la contraception sont fréquents chez les adolescents. La première raison tient à leur fertilité élevée. Une absence totale de contraception et une proportion d'échec du préservatif significativement plus élevée qu'à l'âge adulte sont les deux autres particularités liées à cette période²⁸.

Malgré des avancées sensibles -le nombre d'IVG chez les mineures s'est stabilisé depuis quelques années, il reste encore des obstacles à une contraception efficace chez l'adolescente : insuffisance d'information, coût de la contraception, prescription médicale obligatoire. Des progrès peuvent encore être accomplis par tous les professionnels de santé en matière de prévention des IVG chez les mineures.

Comment le médecin généraliste peut-il consolider ces avancées, encore fragiles, afin de réduire le nombre d'IVG chez la jeune femme mineure ?

Le but de ce travail est d'étudier la place du médecin traitant dans la prise en charge de l'IVG chez la femme mineure afin d'évoquer des solutions en médecine générale permettant aux adolescentes d'avoir accès à une contraception efficace et ainsi éviter une grossesse non désirée.

2. MATERIEL ET METHODES.

1. Type d'étude.

Il s'agit d'une étude d'observation quantitative, transversale, effectuée par auto-questionnaire sur une population de jeunes femmes mineures.

2. Méthode de sélection de l'échantillon.

La population étudiée groupait l'ensemble des jeunes filles mineures enceintes consultant pour une demande d'IVG dans un CPEF.

Les critères de sélection étaient :

- le genre féminin.
- l'âge strictement inférieur à 18 ans.
- l'existence d'une grossesse et la présentation à un centre d'IVG pour faire une demande d'IVG.

Le critère d'exclusion était :

- l'âge supérieur ou égal à 18 ans.

La réalisation effective de l'IVG n'était pas connue et ne constituait pas un critère d'exclusion.

Les sites de réalisation de l'étude.

L'étude s'est limitée aux deux seuls centres de planification et d'éducation familiale avec une activité IVG de Nantes :

- le centre Clotilde Vautier, rattaché à la maternité de la clinique Jules Verne,
- et le centre Simone Veil, au sein du CHU.

Le **centre Clotilde Vautier** a ouvert en septembre 2004. Ce centre de planification et d'éducation familiale est rattaché à la maternité de la clinique Jules Verne. Il est dirigé par le Dr David, gynécologue obstétricien.

L'équipe comprend:

- une secrétaire.
- trois conseillères conjugales.
- trois sages-femmes.
- une aide soignante.
- neuf médecins.
- un(e) interne de médecine générale.

Le centre a une mission d'information et de prévention :

- information sur la contraception.
- dispensation de la contraception d'urgence.
- prévention des IST.
- information et échanges sur la vie affective et sexuelle.
- informations sur les IVG.
- interventions éducatives dans les collèges et lycées.

Le centre Clotilde Vautier réalise également des IVG par voie médicamenteuse ou par aspiration. En 2011, le centre a effectué 682 IVG : 43% par aspiration sous anesthésie locale, 36% par aspiration sous anesthésie générale et 21% médicamenteuse. Trente-cinq IVG chez des jeunes filles mineures ont été réalisées en 2011, dont 18 avec autorisation parentale. Le centre a signé une convention avec six médecins généralistes de ville.

Le **centre Simone VEIL** est un service du Centre Hospitalier Universitaire, situé au 1^{er} étage de l'Hôpital Mère Enfant. Il comporte deux unités fonctionnelles : une dédiée à la prise en charge des demandes d'interruption volontaire de grossesse, et l'autre concernant la planification et l'éducation familiale. Il est le premier centre d'IVG à ouvrir ses portes à Nantes en 1975 peu après l'approbation de loi Veil du 17 janvier 1975.

Il est constitué d'une équipe pluridisciplinaire volontaire (clause de conscience) :

- quatre secrétaires médicales.
- six conseillères conjugales et familiales.
- une sage-femme.
- dix-neuf médecins dont deux gynécologues.
- trois infirmières.
- une aide-soignante.
- un agent de service hospitalier.

L'encadrement médical est assuré par le Dr Mesle, médecin généraliste.

Le centre a réalisé 1867 IVG en 2011 : 36% par voie médicamenteuse, 48% par aspiration avec anesthésie locale, et 16% par aspiration avec anesthésie générale. Soixante-quinze IVG chez des jeunes filles mineures ont été réalisées en 2011. Le centre a signé une convention avec 14 médecins généralistes et 3 gynécologues en ville.

3. Méthode d'observation.

L'outil de recueil des données a été un auto-questionnaire élaboré lors d'un travail antérieur en 2009 à Rouen. L'auteur, Valérie Cristina, avait donné son accord pour sa réutilisation dans cette étude.

Ce questionnaire était anonyme, il comportait 28 questions réparties sur 4 pages (annexe 2).

Le questionnaire se présentait sous forme de questions fermées et de réponses pré-remplies.

Elles étaient réparties en 4 parties :

- a. la situation personnelle de la patiente.
- b. les caractéristiques de son médecin traitant.
- c. le parcours gynécologique de la patiente.
- d. la demande d'IVG de la patiente, sa perception des rôles du médecin traitant.

Un espace libre avait été laissé disponible pour des commentaires éventuels.

Déroulement de l'étude.

Dans chaque centre, une réunion d'information avait été organisée pour présenter l'étude afin d'uniformiser les passations.

Une visite mensuelle a été effectuée dans les deux centres afin de soutenir les intervenants dans leur participation à ce travail de recherche.

La passation s'est déroulée ainsi :

Les patientes étaient accueillies par la secrétaire et orientées vers les professionnels habituels du parcours d'IVG.

Au cours de ce parcours, la rencontre avec la conseillère conjugale est obligatoire, cette personne a donc été choisie pour soumettre les questionnaires.

La conseillère conjugale remettait un document de présentation (annexe 2) à toutes les patientes adressées, présentait l'étude oralement et demandait l'accord de la patiente.

Une fois l'accord obtenu, l'auto-questionnaire était remis à la patiente, rempli sur place puis rendu au secrétariat.

L'étude s'est déroulée de décembre 2011 à juin 2012.

4. Méthode d'évaluation.

Les données ont été saisies et traitées avec un logiciel Excel.

Dans cette étude descriptive, les résultats sont donnés en nombres et pourcentages.

5. Ethique et confidentialité.

L'IVG n'est pas perçue comme un acte médical comme les autres. En effet, l'IVG engage des questions éthiques et philosophiques spécifiques : le droit à la vie, le droit de disposer de son corps, le rapport à la maternité, le désir d'enfant, les rapports de couple...

Une clause de conscience existe en matière d'IVG : un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une IVG, mais il doit informer sans délai la patiente de son refus et lui communiquer le nom des praticiens pouvant réaliser cette intervention (*article L.2212-8 du Code de Santé Publique*).

Une réflexion préalable à l'étude a été nécessaire afin de respecter les principes déontologiques liés à l'IVG, de garantir la confidentialité des patientes et de trouver un moment adapté dans le parcours de soins pour distribuer les questionnaires. Les médecins responsables des deux services ont été consultés et ont donné leur accord pour cette étude.

3. LES RESULTATS.

1. Effectif total.

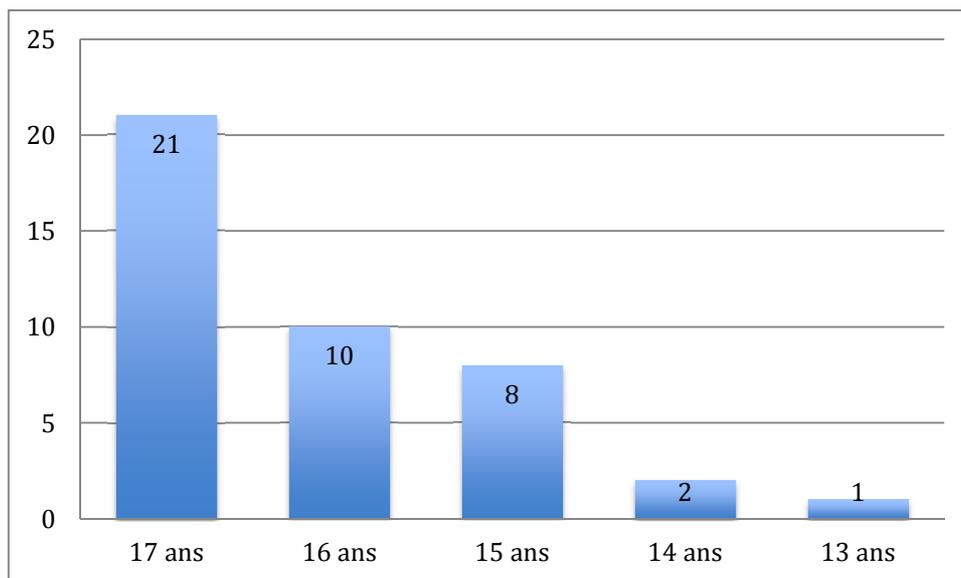
Quarante-sept questionnaires ont été recueillis durant la période de l'étude. Soixante deux IVG ont été réalisées chez des femmes mineures dans ces deux centres, soit un **taux de recueil à 75%**.

2. Situation personnelle.

a. Age.

L'**âge moyen** des adolescentes était de **16,1 ans** (figure 1). Cinq adolescentes n'ont pas répondu à cette question.

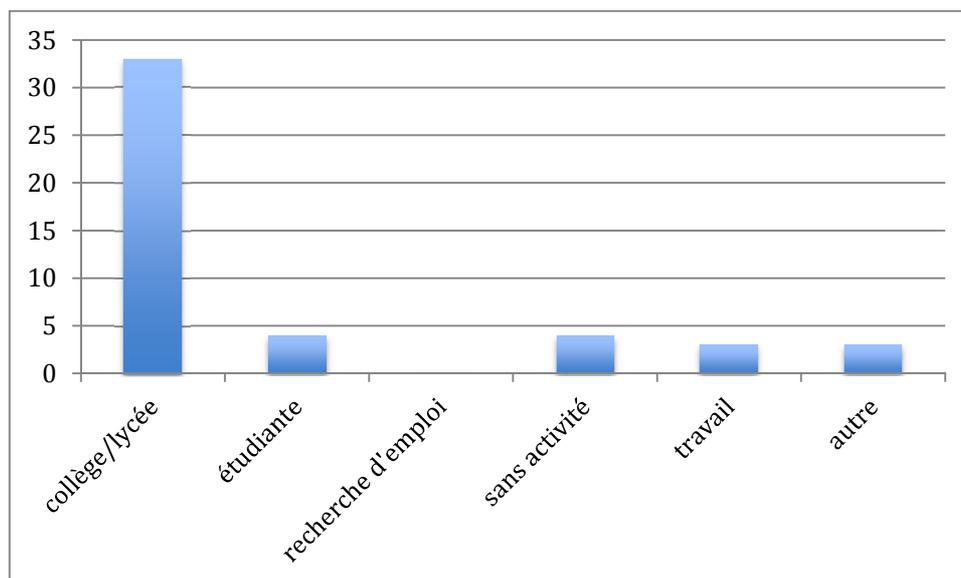
Figure 1. Répartition en fonction de l'âge.



b. Situation scolaire ou professionnelle.

Trente trois adolescentes (70%) étaient scolarisées au collège ou lycée, quatre étaient étudiantes, quatre étaient sans activité. Parmi les trois adolescentes qui travaillaient, deux ont précisé être apprentie. Trois adolescentes ont rajouté être apprentie en cochant « autre » (figure 2).

Figure 2. Situation scolaire ou professionnelle.



c. Situation personnelle.

- Seize adolescentes ont déclaré ne pas avoir de compagnon.
- Vingt-neuf adolescentes avaient un compagnon, depuis moins de 5 mois dans 55% des cas:
 - o moins de 3 mois : 8 adolescentes.
 - o entre 3 et 5 mois : 7 adolescentes.
 - o entre 6 et 11 mois : 3 adolescentes.
 - o entre 1 et 2 ans : 6 adolescentes.
 - o plus de 2 ans : 3 adolescentes (dont une adolescente avec une relation de 4 ans).
 - o pas de réponse : 2 adolescentes.
- Aucune adolescente n'était mariée ou pacsée.
- Deux adolescentes n'ont pas répondu à cette question.

Figure 3. Situation personnelle.



d. Lieu d'habitation.

La majorité des adolescentes (**87%**) vivait au **domicile parental** (figure 4).

Trois adolescentes ont précisé vivre :

- avec une sœur.
- à l'hôtel.
- chez les parents du compagnon.

Trente-six adolescentes vivaient en ville, et dix à la campagne.

Une adolescente n'a pas répondu à la question ville/campagne (figure 5).

Figure 4. Lieu d'habitation.

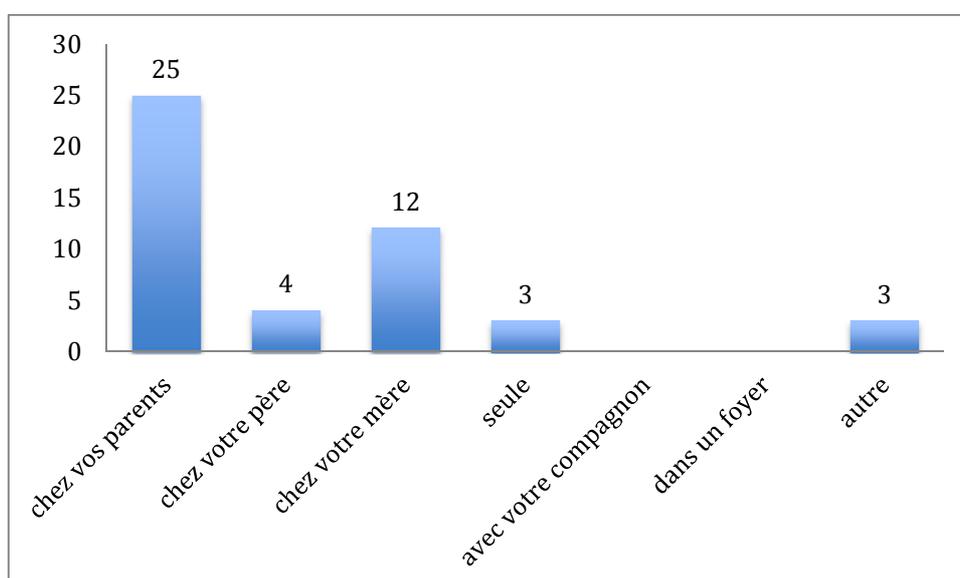
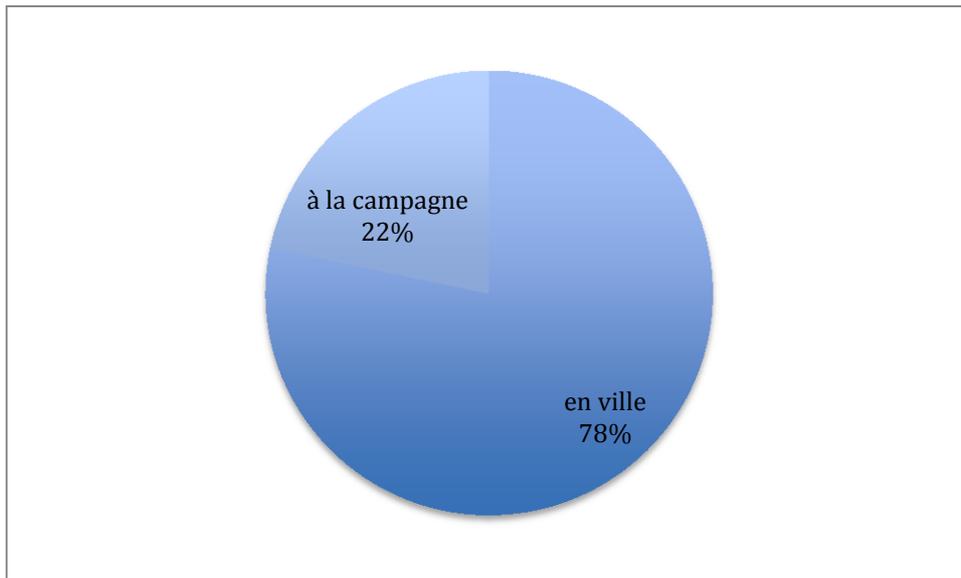


Figure 5. Lieu de vie urbain ou rural.

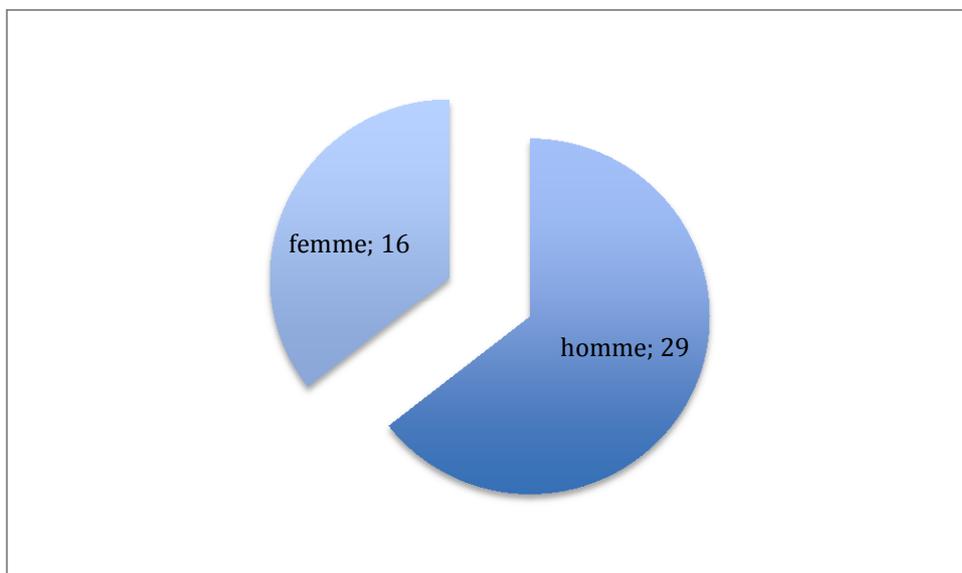


3. Le médecin traitant.

a. Caractéristiques du médecin traitant.

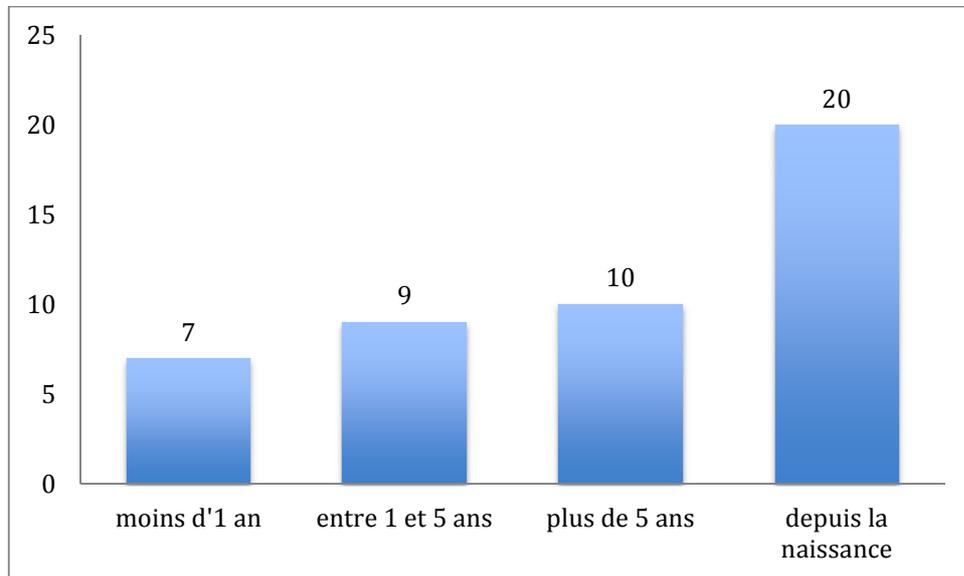
Une seule adolescente a exprimé le fait de ne pas avoir de médecin traitant. Parmi les quarante-six adolescentes ayant un médecin traitant, il s'agissait d'un homme dans 64% des cas (figure 6). Une adolescente n'a pas répondu à cette question.

Figure 6. Sexe du médecin traitant.



Quarante-trois pour cent des adolescentes ont déclaré être suivies par leur médecin traitant depuis la naissance (figure 7).

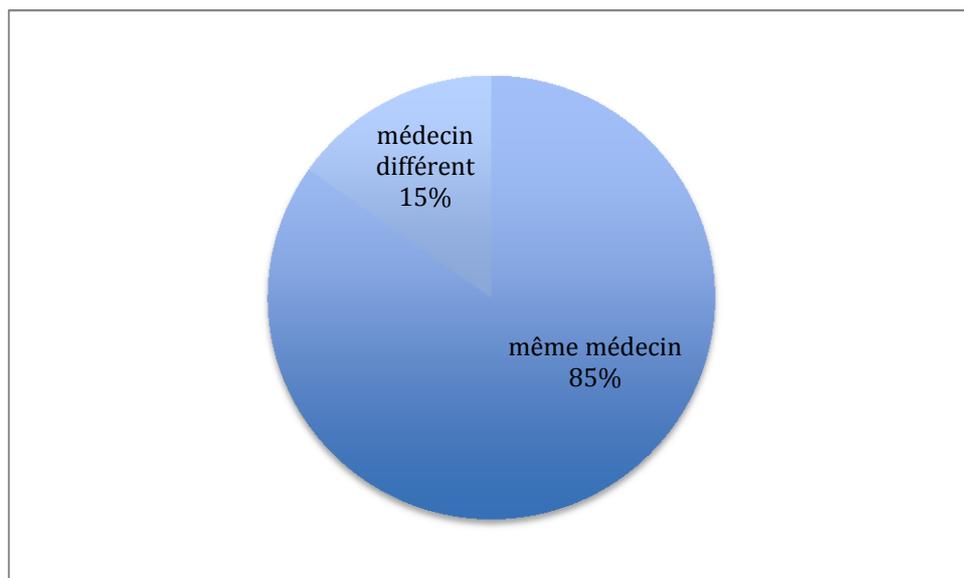
Figure 7. Ancienneté du suivi.



b. Relation avec le médecin traitant.

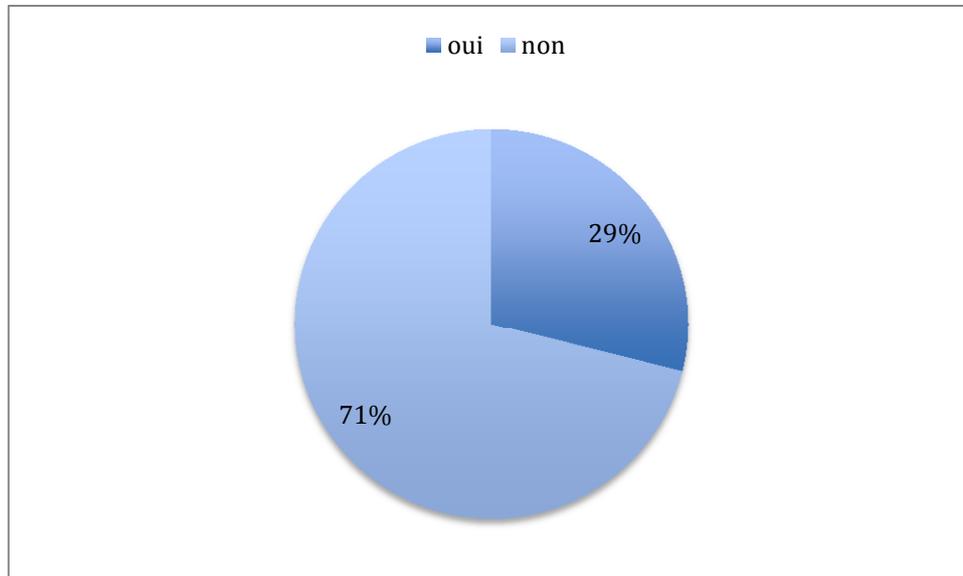
Trente-neuf adolescentes avaient le même médecin traitant que leurs parents. Sept adolescentes avaient un médecin traitant différent.

Figure 8. Adolescentes ayant le même médecin traitant que leurs parents.



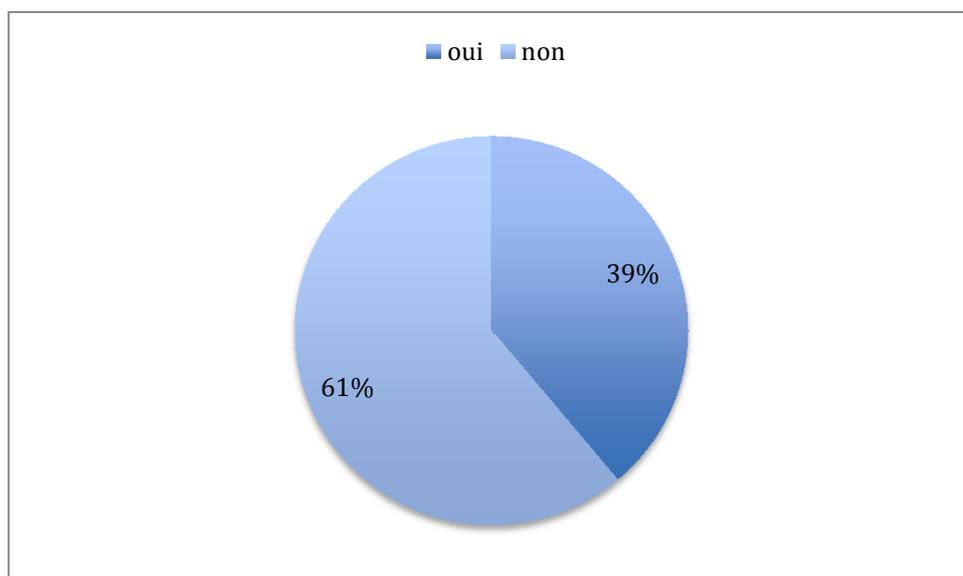
Parmi les 39 adolescentes ayant le même médecin traitant que leurs parents, 27 ont déclaré ne pas avoir peur que leur médecin ne révèle des informations les concernant à leurs parents (figure 9). Une adolescente n'a pas répondu à cette question.

Figure 9. Les adolescentes craignent-elles que leur médecin traitant révèle des informations à leurs parents les concernant?



Parmi ces 39 adolescentes avec le même médecin traitant que leurs parents, 22 ont déclaré qu'elles ne se sentiraient pas plus libres pour parler si leur médecin ne connaissait pas leurs parents (figure 10). Trois adolescentes n'ont pas répondu à cette question.

Figure 10. Les adolescentes pensent-elles qu'elles pourraient parler plus librement à leur médecin traitant si celui-ci ne connaissait pas leurs parents ?



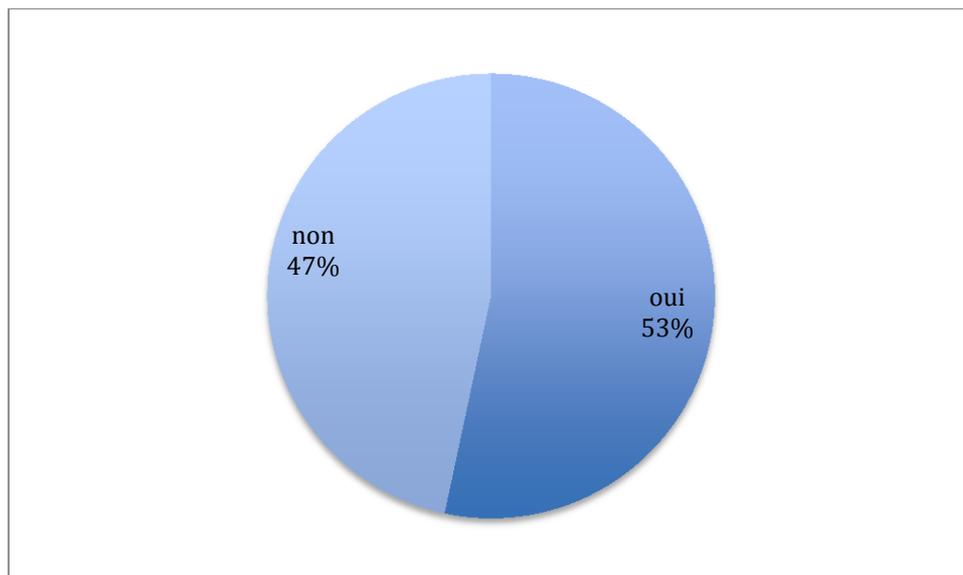
Cinq adolescentes qui ont répondu ne pas avoir peur que le médecin ne révèle des informations à leur parents, ont répondu qu'elles se sentiraient plus libre pour parler si leur médecin ne connaissait pas leurs parents.

Une adolescente qui a répondu qu'elle avait peur que son médecin traitant ne révèle des informations à ses parents, a répondu qu'elle ne se sentirait pas plus libre pour parler si son médecin ne connaissait pas ses parents.

c. Présence des parents.

Vingt-quatre adolescentes ont déclaré être habituellement accompagnées par l'un des parents lorsqu'elles consultent leur médecin traitant (figure 11). Une adolescente n'a pas répondu à cette question.

Figure 11. Les adolescentes sont-elles habituellement accompagnées par l'un des parents lorsqu'elles consultent leur médecin traitant ?



Parmi les 39 adolescentes avec le même médecin traitant que les parents (tableau 1):

Tableau 1. Peur que le médecin ne révèle des informations aux parents et présence des parents lors de la consultation.

	Peur que le médecin ne révèle des informations aux parents	Pas peur que le médecin ne révèle des informations aux parents
Adolescentes accompagnées lors de la consultation	6	15
Adolescentes non accompagnées lors de la consultation	4	12

Deux adolescentes n'ont pas répondu à l'une des deux questions.

Sur les sept adolescentes avec un médecin traitant différent des parents, 2 adolescentes ont déclaré être habituellement accompagnées de l'un des parents lors de la consultation.

Présence des parents en fonction de l'âge.

L'adolescente de 13 ans a déclaré consulter sans l'accompagnement de l'un de ses parents.

Une des deux adolescentes de 14 ans a déclaré consulter avec l'un des parents.

Cinq adolescentes de 15 ans sur 8 ont déclaré consulter avec l'un des parents (62%).

Sept adolescentes de 16 ans sur 10 ont déclaré consulter avec l'un des parents (70%), une n'a pas répondu.

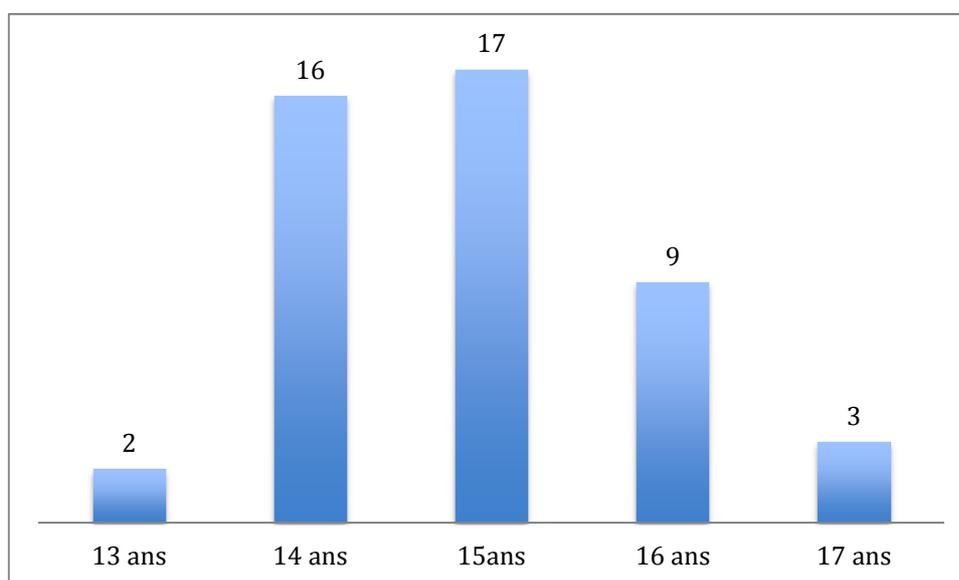
Huit adolescentes de 17 ans sur 21 ont déclaré consulter avec l'un des parents (38%).

4. Le parcours gynécologique.

a. Age au premier rapport sexuel.

L'âge moyen au premier rapport sexuel était de **14 ans et 10 mois**, avec une répartition représentée dans la figure 12.

Figure 12. Age au premier rapport sexuel.



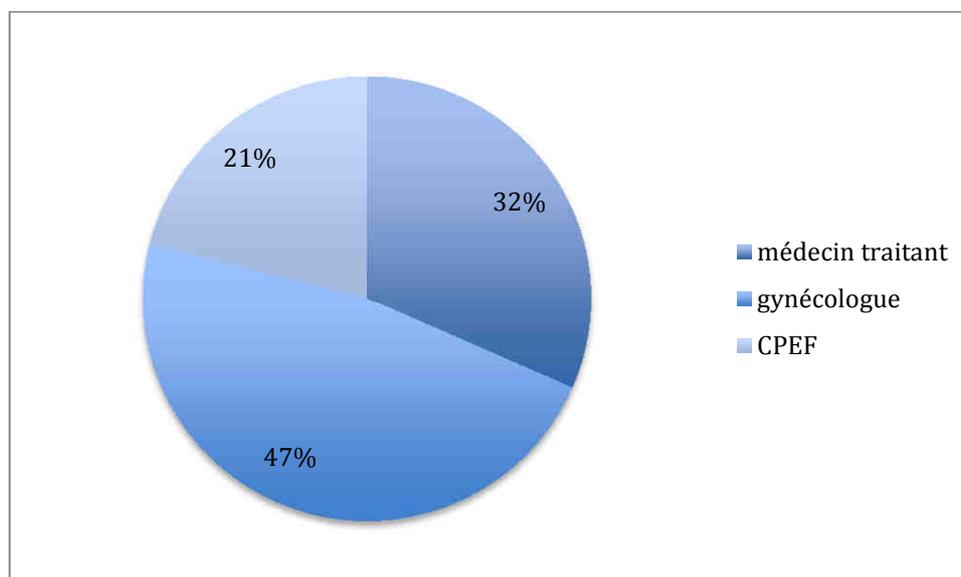
Les premiers rapports sexuels et l'IVG ont eu lieu au même âge pour 11 adolescentes.
L'IVG a eu lieu l'année qui a suivi les premiers rapports pour 14 adolescentes.
L'IVG a eu lieu deux années après les premiers rapports pour 9 adolescentes.
L'IVG a eu lieu trois années après les premiers rapports pour 8 adolescentes.

b. Suivi gynécologique.

Quarante pour cent des adolescentes (19) ont déclaré avoir un suivi gynécologique.

Ce suivi était assuré par le médecin traitant pour 6 d'entre-elles, un gynécologue pour 9 adolescentes et un CPEF pour 4 autres adolescentes.

Figure 14. Le suivi gynécologique.



c. Enfants et IVG.

Une adolescente de 17 ans avait déjà un enfant.

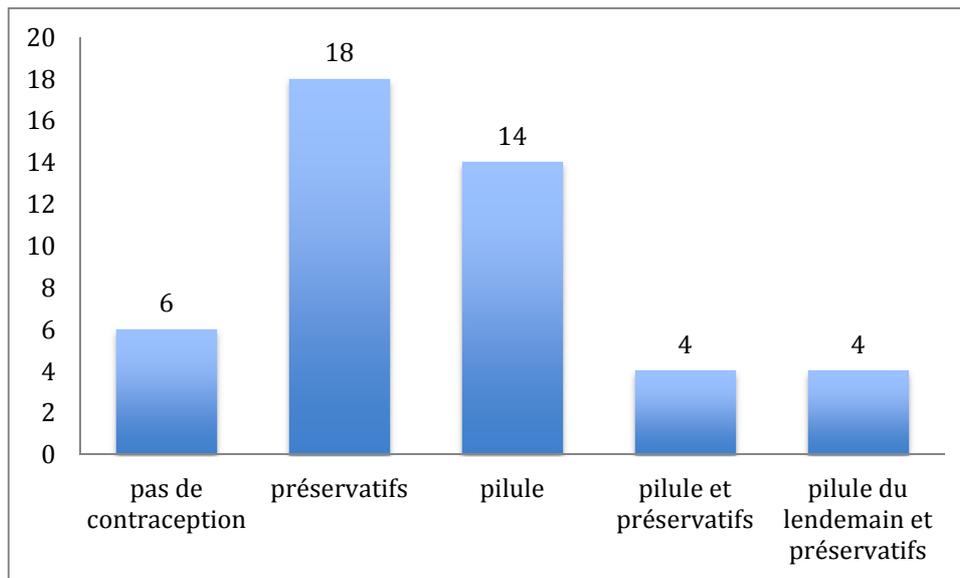
Une adolescente, âgée de 16 ans, avait déjà eu une IVG. Son suivi gynécologique était assuré par une gynécologue.

Deux adolescentes, âgées de 17 ans, avaient déjà eu 2 IVG. Leurs suivis gynécologiques étaient assurés par un CPEF.

d. Contraception avant l'IVG.

Les adolescentes ont déclaré utiliser principalement le **préservatif comme moyen de contraception (56%), ainsi que la pilule (39%)**. Treize pour cent des adolescentes n'avaient aucune contraception (figure15). Une adolescente n'a pas répondu à cette question.

Figure 15. Contraception utilisée avant l'IVG.



Adolescentes ne prenant pas la pilule.

Les 28 adolescentes ne prenant pas la pilule, ont évoqué les raisons à cela :

- elles n'ont **pas de rapports réguliers** : coché 5 fois.
- elles ont **peur que les parents le sachent** : coché 8 fois.
- elles **ne savent pas où se procurer la pilule**: coché 4 fois.
- elles ont **peur des effets secondaires de la pilule**: coché 5 fois.
- elles ont peur de l'examen gynécologique : coché 1 fois.

Dix adolescentes ont mis en commentaires d'**autres explications** :

- la pilule a été prescrite mais les parents voulaient attendre : cité 2 fois.
- « allergie à la pilule » : cité 1 fois.
- « pas utile pour le moment » : cité 1 fois.
- l'adolescente allait commencer à prendre la pilule: cité 1 fois.
- la mère de l'adolescente ne voulait pas qu'elle prenne la pilule : cité 1 fois.
- la peur d'oublier de prendre la pilule : cité 2 fois. (« je suis tête en l'air » ; « peur d'oublier »)
- l'adolescente n'a « pas eu l'occasion d'en parler » : cité 1 fois.
- l'adolescente oubliait souvent de prendre sa pilule : cité 1 fois.

Les adolescentes pouvaient cocher plusieurs réponses à cette question.

Trois adolescentes n'ont pas répondu à cette question.

Sept adolescentes, sur les 28 adolescentes ne prenant pas la pilule, ont abordé ce sujet avec leur médecin traitant.

Six adolescentes n'ont pas répondu à cette question.

Adolescentes prenant la pilule.

Les 18 adolescentes prenant la pilule, ont eu la première prescription par leur médecin traitant pour 12 d'entre-elles ou par leur gynécologue pour 5 autres ou dans un CPEF pour une adolescente.

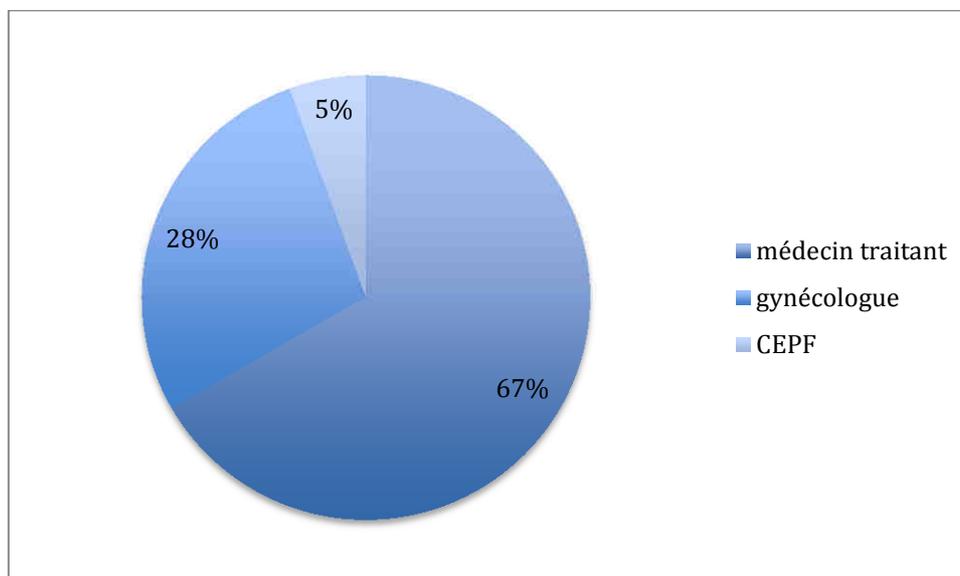
Les chiffres étaient exactement les mêmes pour le renouvellement de la pilule : 12 par le médecin traitant, 5 par le gynécologue, et 1 dans un CPEF.

Parmi les 12 adolescentes ayant eu la première prescription de pilule par leur médecin traitant, une adolescente a changé pour que le renouvellement soit fait par un gynécologue. Les 11 autres adolescentes ont gardé leur médecin traitant pour le renouvellement.

Parmi les 5 adolescentes ayant eu la première prescription de pilule par un gynécologue, une adolescente a changé pour que le renouvellement soit fait par un CPEF. Les 4 autres adolescentes ont gardé leur gynécologue pour le renouvellement.

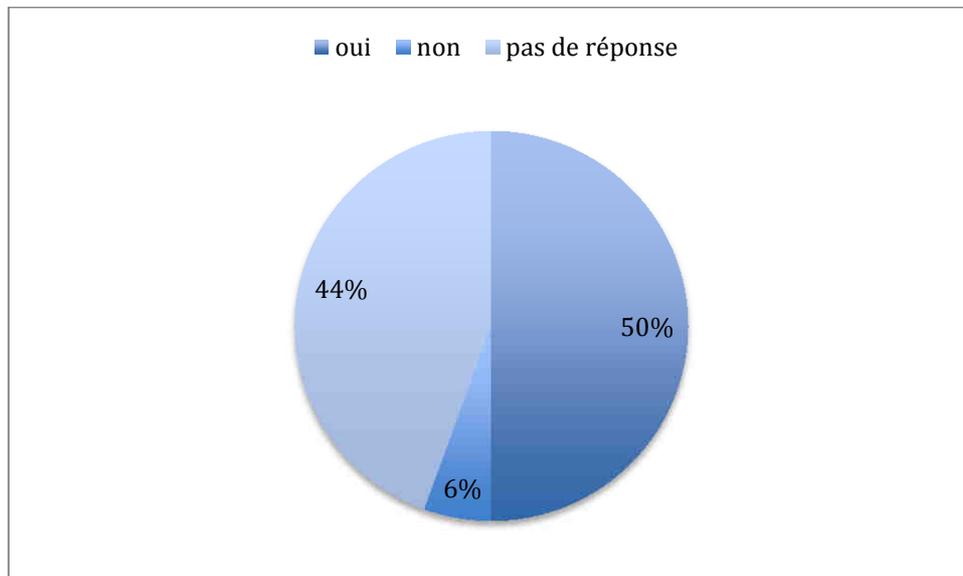
L'adolescente ayant eu la première prescription de pilule par un CPEF a changé pour que le renouvellement soit fait par son médecin traitant.

Figure 16. Première prescription et renouvellement de pilule.



Neuf adolescentes ont déclaré que l'un des parents était au courant de la prise de pilule (figure 17). Huit adolescentes n'ont pas répondu à cette question.

Figure 17. Information des parents sur la prise de pilule.



5. L'IVG.

a. Circonstances de découverte de la grossesse.

Les circonstances de découverte de la grossesse par les adolescentes ont été:

- l'**absence de règles** : coché dans 83% des questionnaires.
- les **effets sympathiques de la grossesse** : coché dans 45% des questionnaires.
- le **test urinaire** : coché dans 68% des questionnaires.
- le diagnostic par le médecin traitant : coché dans 1 questionnaire.
- la prise de sang : cité dans 1 questionnaire.
- des métrorragies : cité dans 1 questionnaire.

Les adolescentes pouvaient cocher plusieurs réponses.

b. Personne(s) au courant et accompagnante(s) pour la demande d'IVG.

Au moins un des parents était au courant de la démarche d'IVG dans 43% des cas. Cinq adolescentes avaient mis au courant leurs deux parents.

Les deux personnes les plus citées étaient un(e) ami(e) et le compagnon : respectivement dans 61% et 59% des cas.

Onze adolescentes ont cité d'autres personnes au courant :

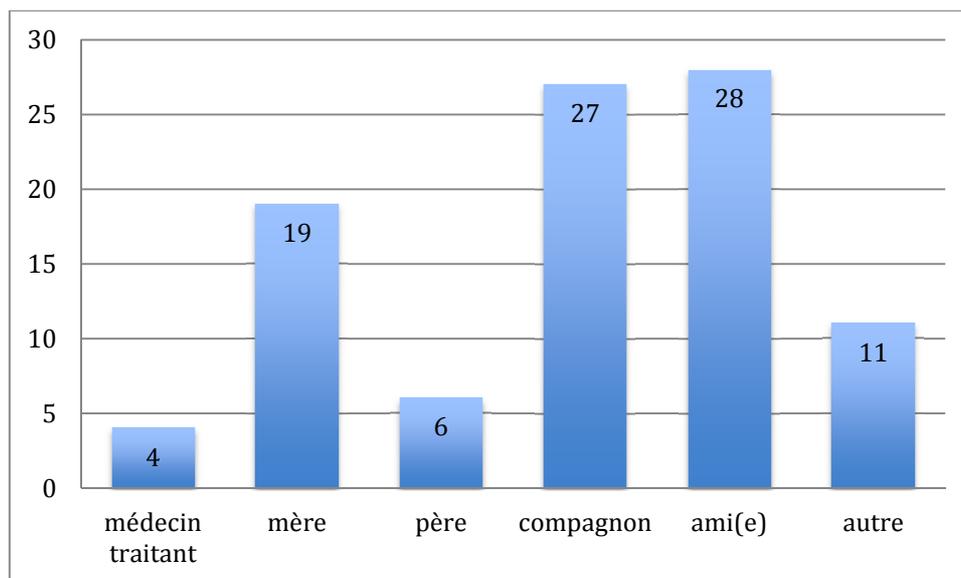
- **autres membres de la famille** : « sœur » cité 3 fois, « tante » cité 1 fois, « belle-mère » cité 1 fois.
- « **assistante sociale** » ou **personnel du lycée** : cité 2 fois.
- « patronne » cité 1 fois.
- « éducatrice » cité 2 fois.
- « père du compagnon » cité 1 fois.

Toutes les adolescentes avaient au moins une personne au courant de leur situation.

Les adolescentes pouvaient cocher plusieurs réponses (figure 18).

Une adolescente n'a pas répondu à cette question.

Figure 18. Personnes mises au courant de la demande d'IVG.



Seules 5 adolescentes ont répondu à la question de la **personne accompagnante** pour les démarches de l'IVG. **Le taux de non-réponse à cette question a été de 89,5%.**

Les cinq réponses ont été : un ami, le compagnon, entouré 2 fois, et une « éducatrice », citée 2 fois.

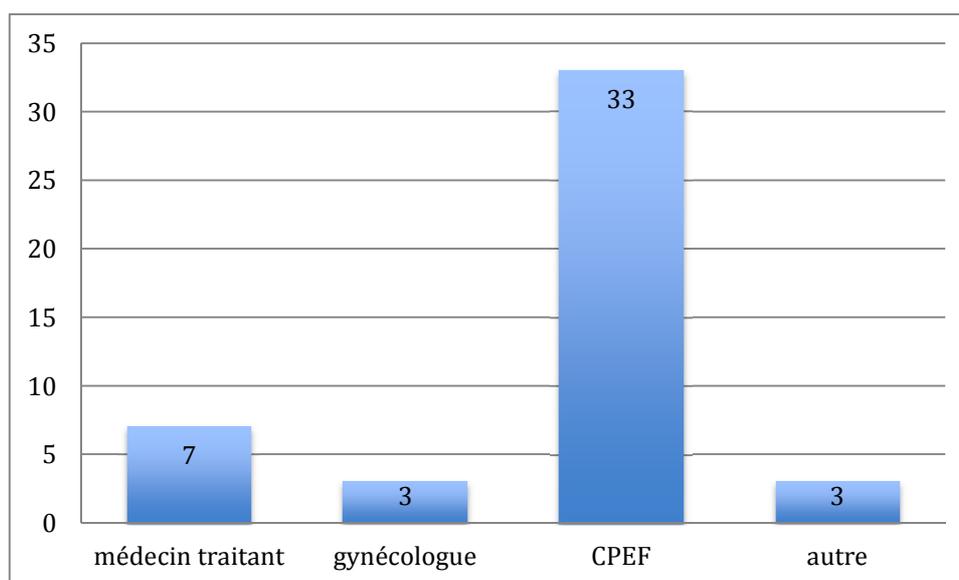
c. Première consultation dans la démarche d'IVG.

Soixante-douze pour cent des adolescentes ont consulté directement un CPEF pour leur demande d'IVG (figure 19).

Trois adolescentes ont consulté en premier : « le père du compagnon », une « infirmière du lycée », et une « amie ».

Une adolescente n'a pas répondu à cette question.

Figure 19. Première consultation de demande d'IVG.



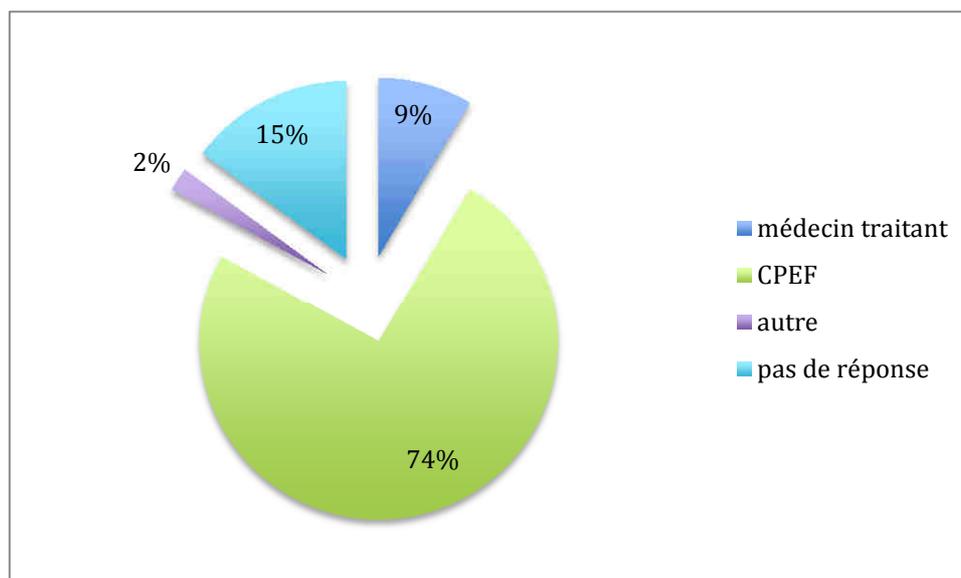
Les 39 adolescentes n'ayant pas consulté leur médecin traitant pour la première consultation de demande d'IVG, étaient invitées à en donner la raison. Quatorze adolescentes n'ont pas répondu à cette question. Voici les commentaires de celles qui ont répondu :

- **peur que les parents soient mis au courant, manque de confiance** : cité 12 fois (« j'aurai dû en parler à mes parents », « parce qu'il l'avait dit à ma mère », « car mes parents ne sont pas au courant », « mon père connaît mon médecin traitant », « je ne veux pas que mon médecin traitant le sache », cité 2 fois, « j'ai le même médecin que mes parents », « je ne veux pas que ma famille soit au courant et décide à ma place », « pas confiance » cité 2 fois, « je n'aime pas mon médecin traitant », « je ne le vois pas souvent »)
- **éloignement du médecin traitant**: cité 3 fois.
- **parcours plus adapté et plus rapide** : cité 4 fois (« plus rapide » cité 2 fois, « c'était plus approprié », « je n'ai pas eu le temps »)
- souhait de garder l'**anonymat** : cité 2 fois
- autres : « je ne sais pas », « ce n'est pas la première personne à laquelle j'ai pensé ».
- le médecin traitant a été consulté par l'adolescente et a dit qu'elle était « irresponsable ».
- la mère de l'adolescente avait appelé le gynécologue en premier.

d. Prescription de l'échographie.

L'échographie a été principalement prescrite par les CPEF (figure 20). Le médecin traitant a été prescripteur de la première échographie pour 4 adolescentes. Une adolescente a répondu ne pas avoir fait d'échographie. Sept adolescentes n'ont pas répondu à cette question.

Figure 20. Prescription de la première échographie.



Les trois adolescentes ayant consulté un gynécologue pour la première consultation de demande d'IVG ont eu la prescription de l'échographie par le CPEF.

Une adolescente a répondu avoir consulté directement un CPEF à la question précédente et a répondu que l'échographie avait été prescrite par son médecin traitant.

Parmi les 7 adolescentes ayant consulté leur médecin traitant pour la première consultation de demande d'IVG, 3 adolescentes ont eu la prescription d'échographie par leur médecin, 2 ont eu la prescription par le CPEF, une n'a pas eu d'échographie et une n'a pas répondu à cette question.

e. Modalités d'entrée en contact avec le centre d'IVG.

Soixante-quatre pour cent des adolescentes sont allées **d'elles-mêmes** au centre d'IVG.

Pour quatre adolescentes, le médecin traitant a pris rendez-vous pour elles au centre d'IVG; pour trois autres adolescentes, le médecin traitant leur a donné le numéro de téléphone du centre pour qu'elles puissent prendre un rendez-vous.

Dix adolescentes ont cité d'autres réponses:

- un **proche** a pris le rendez-vous: la mère, citée 3 fois, la soeur, une amie, la soeur du compagnon.
- un autre professionnel de santé: un autre planning, cité 2 fois.
- l'infirmière du lycée, citée 2 fois.

f. Simplicité des démarches pour recourir à l'IVG.

Quatre-vingt sept pour cent des adolescentes (40 adolescentes) ont trouvé les **démarches simples**. Une adolescente n'a pas répondu à cette question.

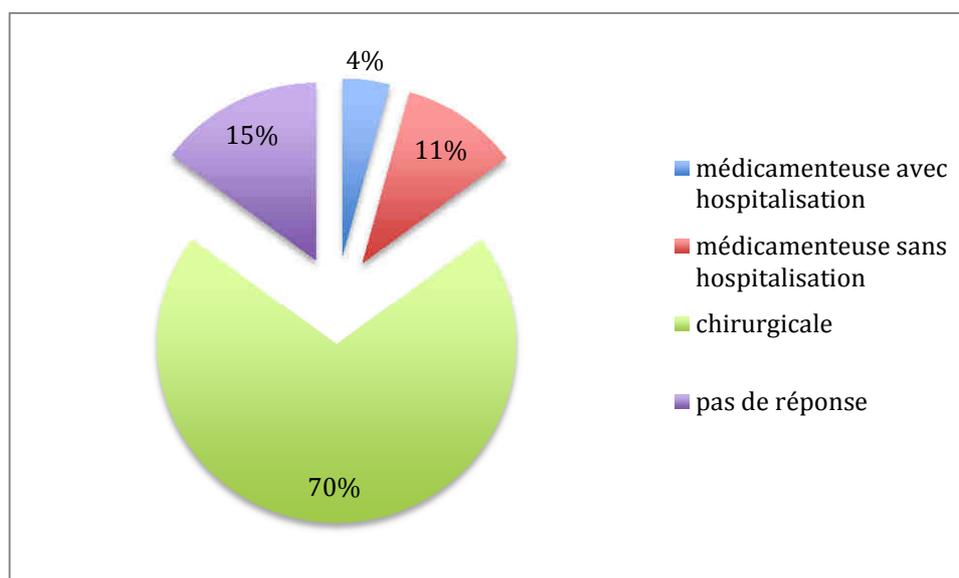
Parmi les 6 adolescentes n'ayant pas trouvé les démarches simples, 5 ont mis un commentaire:

- "pas d'explication".
- "les méthodes".
- "les rendez-vous".
- "les rendez-vous et le délai d'une semaine".
- "tout caché au père et au compagnon".

g. Type d'IVG.

L'IVG chirurgicale était la méthode d'IVG prévue la plus fréquente (figure 21). Sept adolescentes n'ont pas répondu à cette question.

Figure 21. Méthode prévue pour l'IVG.



h. L'IVG médicamenteuse au cabinet médical en ville.

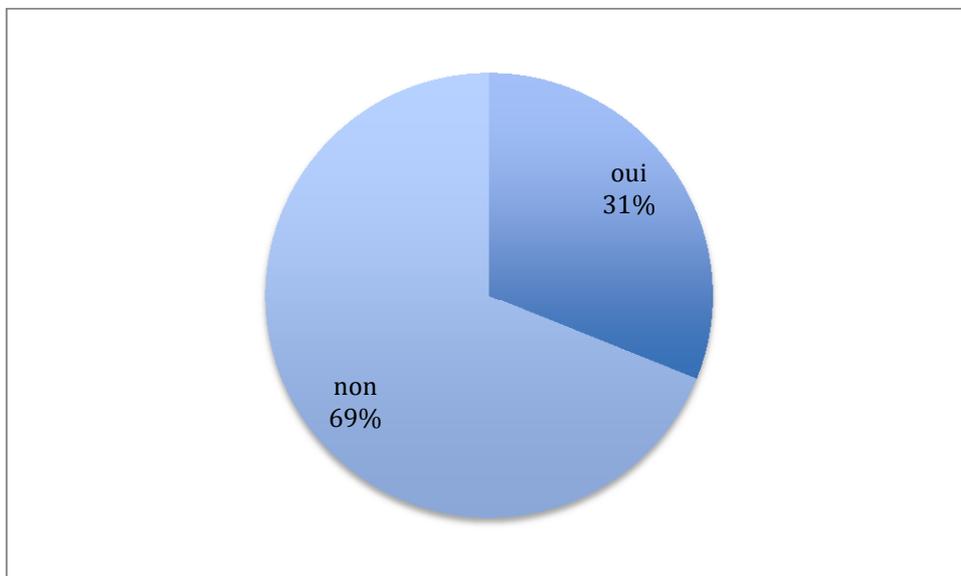
Onze adolescentes (**25%**) ont déclaré **savoir que certains médecins généralistes pouvaient pratiquer des IVG médicamenteuses au cabinet**. Deux adolescentes n'ont pas répondu à cette question.

Parmi ces adolescentes:

- 9 adolescentes ne savaient pas si leur médecin traitant pratiquait des IVG à son cabinet.
- 1 adolescente savait qu'il pratiquait des IVG mais ne souhaitait pas faire appel à lui.
- 1 adolescente savait qu'il ne pratiquait pas d'IVG.
- 1 adolescente n'a pas répondu.

Quatorze adolescentes auraient préféré faire l'IVG au cabinet de leur médecin traitant si elles avaient su cela possible (figure 22).

Figure 22. Les adolescentes auraient-elles préféré faire l'IVG au cabinet de leur médecin traitant, si elles avaient su que cela était possible?

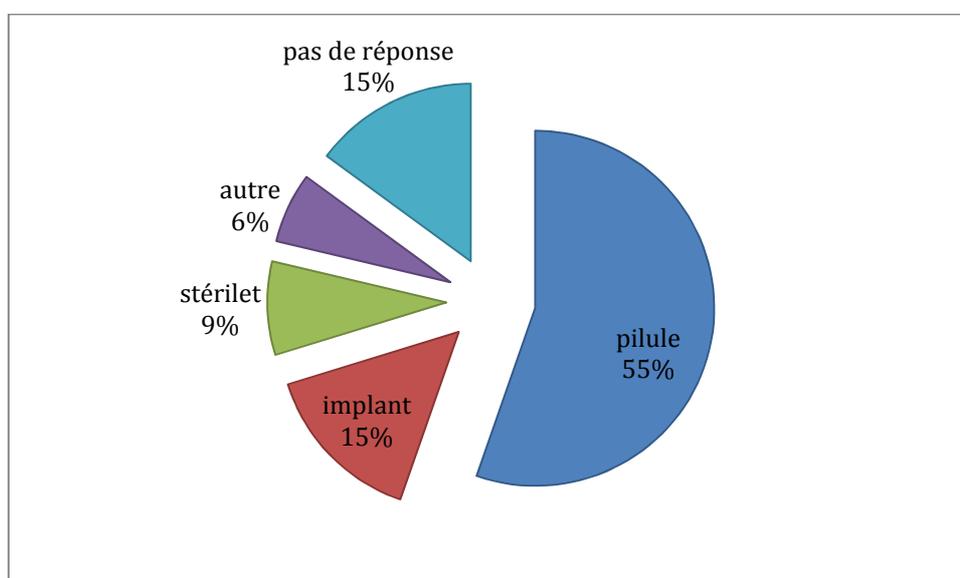


6. Après l'IVG.

a. Contraception prescrite après l'IVG.

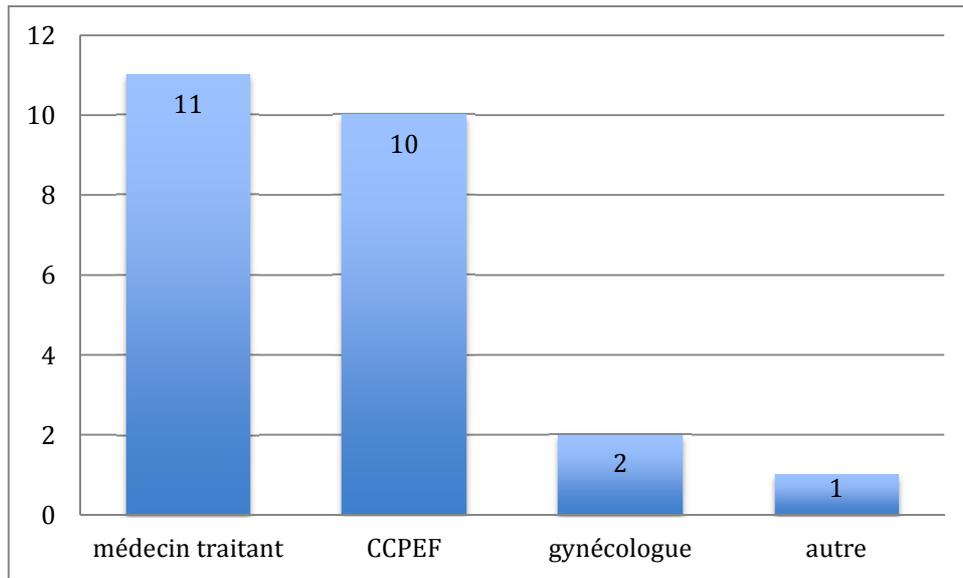
La contraception la plus prescrite après l'IVG a été la pilule (26 adolescentes). Deux adolescentes ont cité le préservatif comme moyen de contraception choisi après l'IVG, et une autre a déclaré ne pas avoir encore choisi. Sept adolescentes n'ont pas répondu à cette question (figure 23).

Figure 23. Contraception prescrite après l'IVG.



Les adolescentes ayant choisi la pilule comme contraception, ont déclaré que ce serait le médecin traitant ou le CPEF qui ferait le renouvellement principalement. Une adolescente ne savait pas encore qui allait renouveler sa pilule. Deux adolescentes n'ont pas répondu à cette question (figure 24).

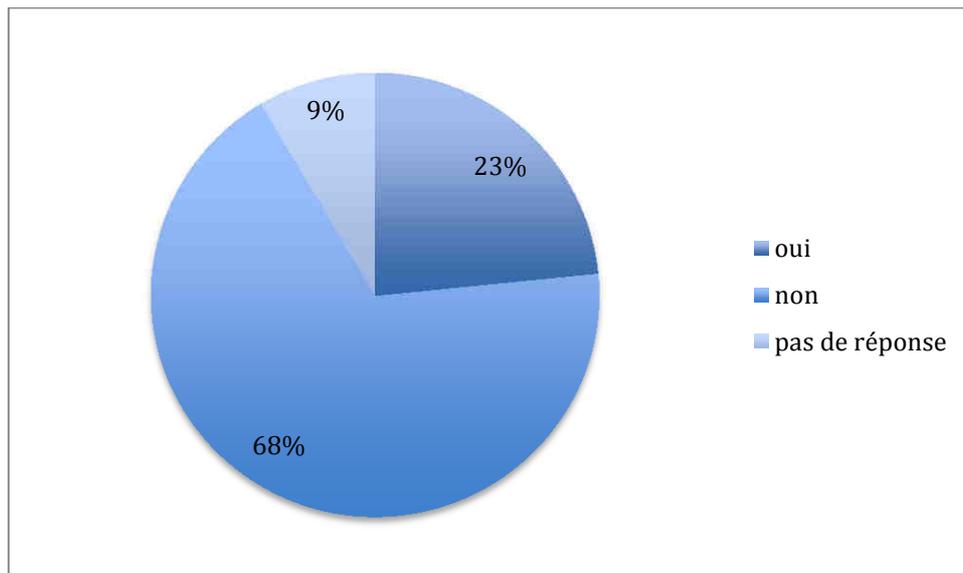
Figure 24. Renouvellement de la pilule après l'IVG.



b. La place du médecin traitant après l'IVG.

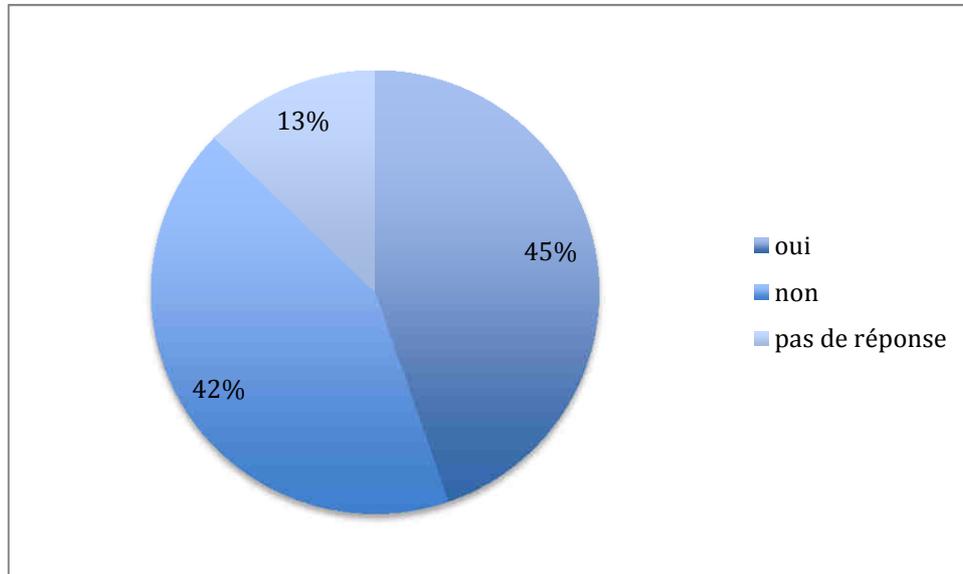
Trente-deux adolescentes ne prévoyaient pas de consulter leur médecin traitant après l'IVG (figure 25). Quatre adolescentes n'ont pas répondu à cette question.

Figure 25. Les adolescentes ont-elles le projet de consulter leur médecin traitant après l'IVG?



Vingt adolescentes ne prévoyaient pas d'informer leur médecin traitant de leur IVG (figure 26). Six adolescentes n'ont pas répondu à cette question.

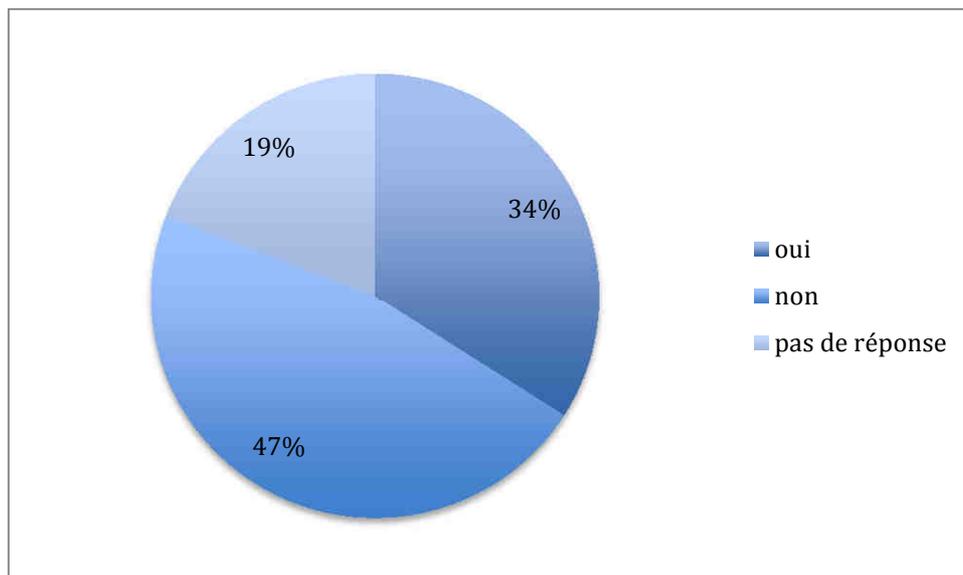
Figure 26. Les adolescentes prévoient-elle d'informer leur médecin traitant de leur IVG?



c. Le soutien après l'IVG.

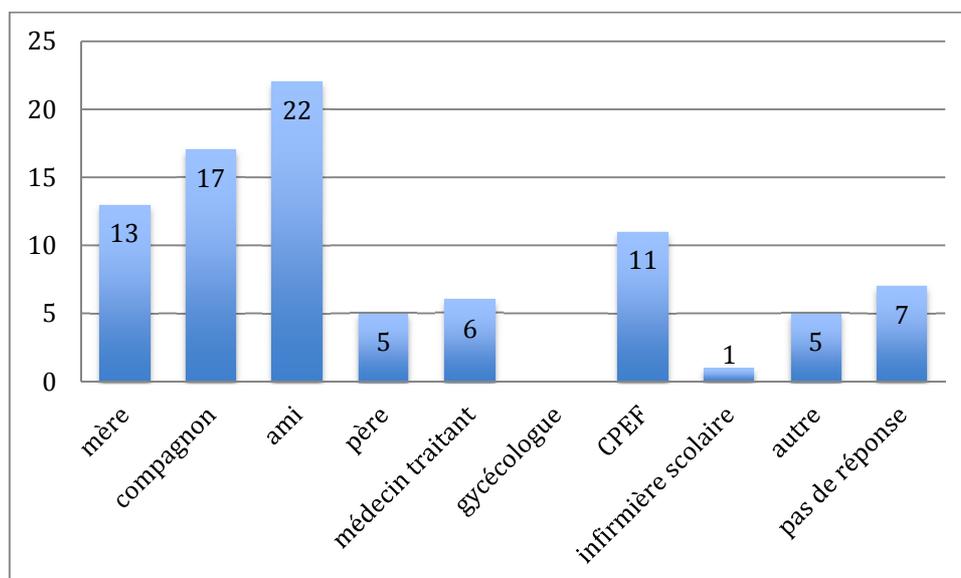
Seize adolescentes pensaient avoir besoin d'aide ou de soutien après l'IVG. Neuf adolescentes n'ont pas répondu à cette question (figure 27).

Figure 27. Les adolescentes pensent-elles avoir besoin d'aide ou de soutien après l'IVG?



Parmi les 22 adolescentes ayant répondu qu'elles n'auraient pas besoin d'aide ou de soutien après l'IVG, une seule a répondu "pas besoin d'aide" à la question suivante. Toutes les autres adolescentes ont cité au moins une personne qui pourrait les aider (figure 28).

Figure 28. Auprès de quelle(s) personne(s) les adolescentes peuvent-elles trouver de l'aide?



Les adolescentes ayant coché "autre" ont commenté leur réponse:

- "pas besoin d'aide".
- "la famille".
- "la belle-mère".
- "psychologue".
- "parents du compagnon".

7. Les rôles du médecin traitant.

Ces dernières figures représentent les réponses des adolescentes sur les différents rôles du médecin traitant (figures 28-33).

Figure 28. Est-ce le rôle du médecin traitant d'informer sur les méthodes de contraception ?

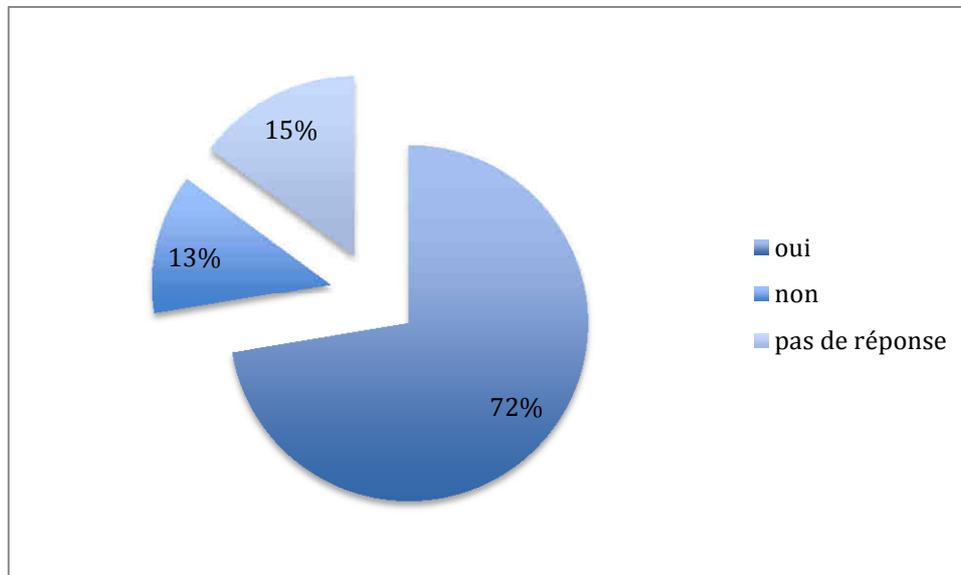


Figure 29. Est-ce le rôle du médecin traitant de prescrire une contraception ?

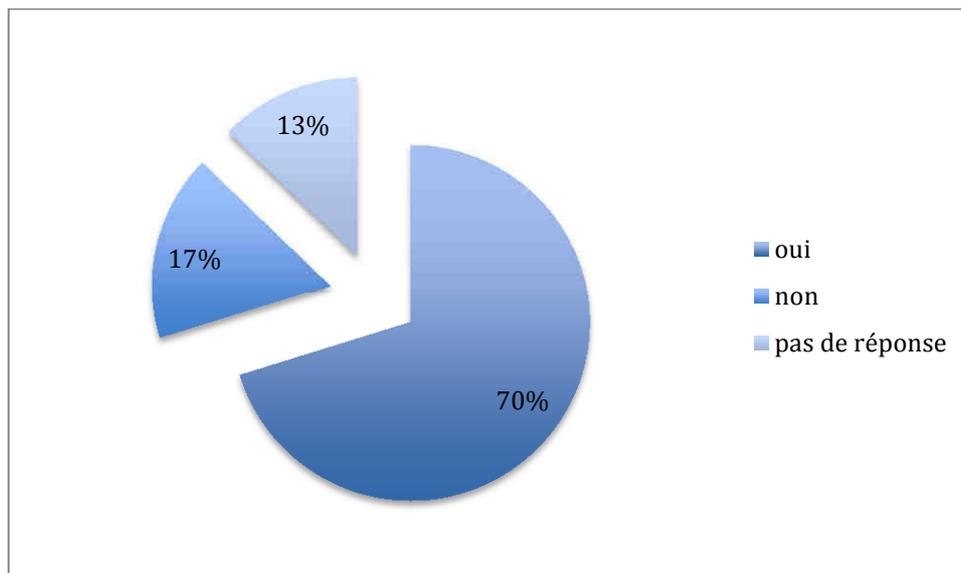


Figure 30. Est-ce le rôle du médecin traitant d'assurer le suivi gynécologique ?

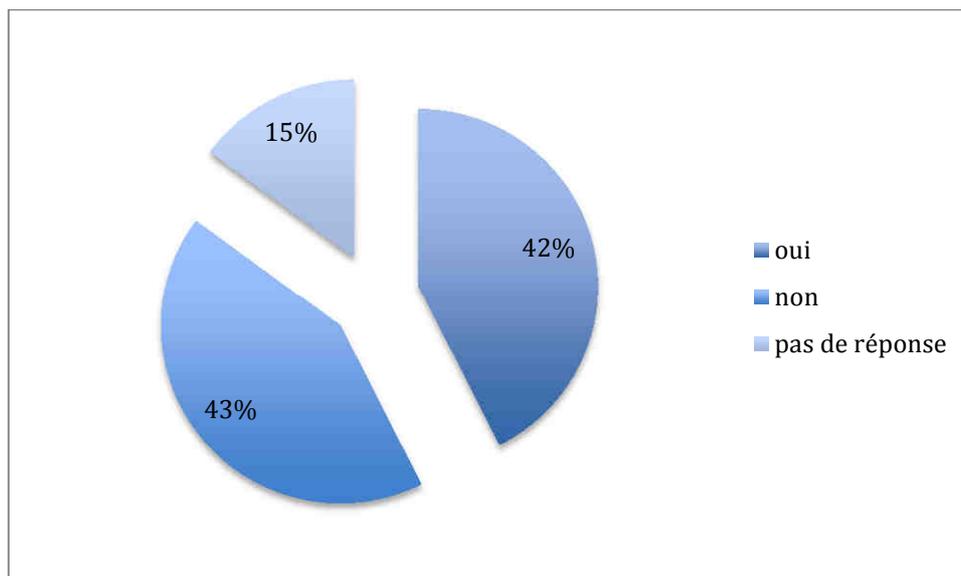


Figure 31. Est-ce le rôle du médecin traitant d'orienter vers un centre pratiquant les IVG ?

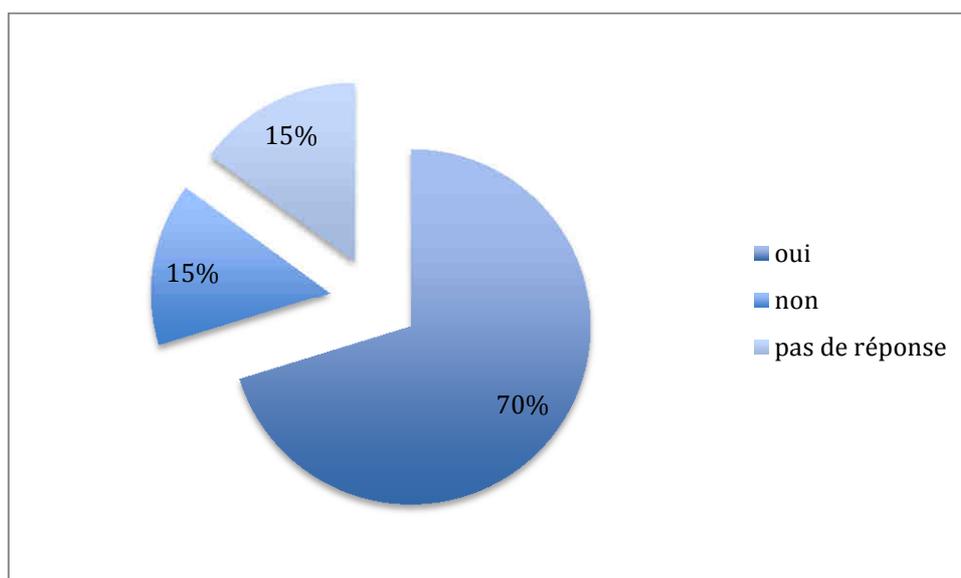


Figure 32. Est-ce le rôle du médecin traitant de pratiquer des IVG médicamenteuses au cabinet ?

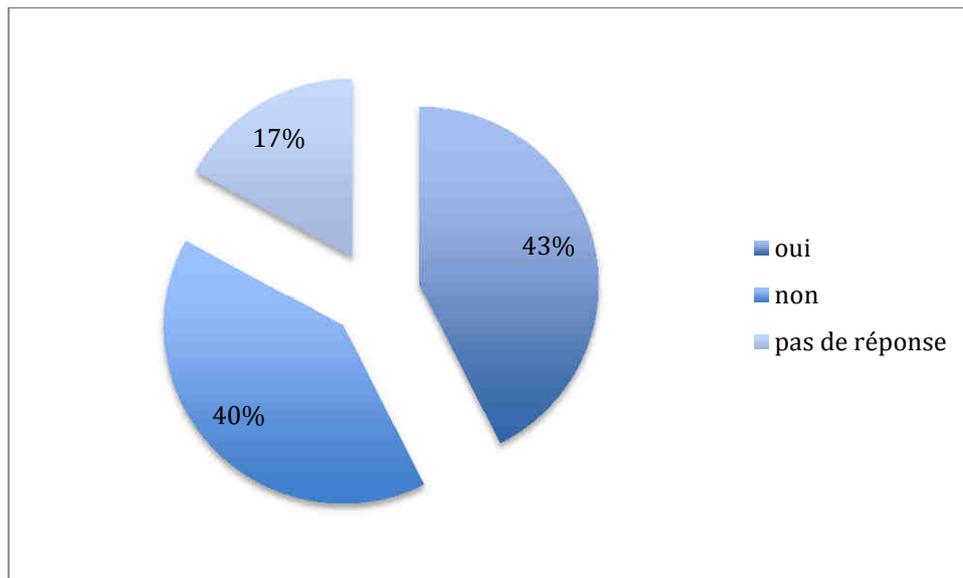
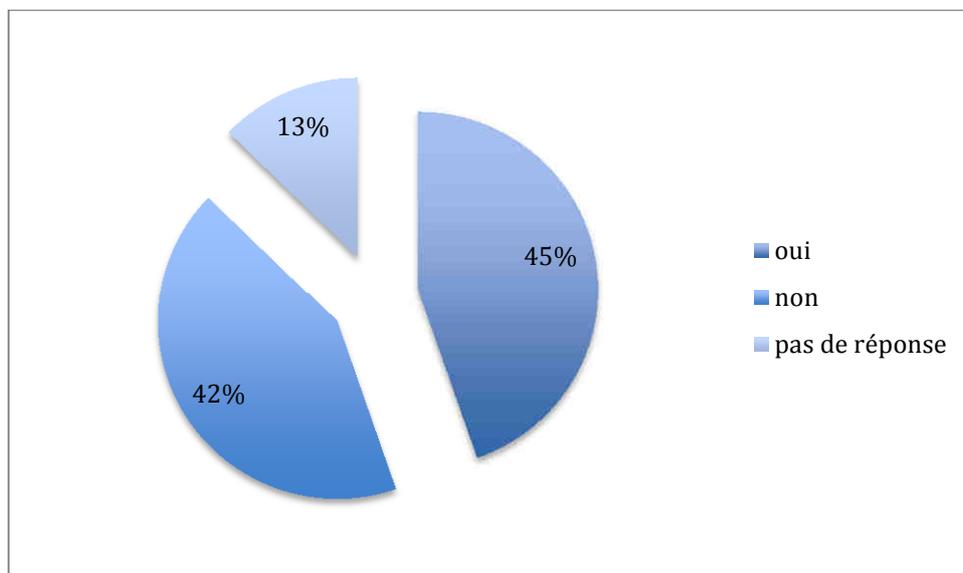


Figure 33. Est-ce le rôle du médecin traitant d'aider et de soutenir après une IVG ?



8. Cas particulier d'un questionnaire.

Sur un questionnaire, une adolescente de 14 ans a répondu ne pas avoir de médecin traitant. Cette adolescente a par ailleurs répondu avoir un suivi gynécologique, une prescription et un renouvellement de pilule par son médecin traitant.

9. Remplissage des questionnaires.

Le complément de la question IV.2 (« *entourez la personne qui vous accompagne dans les démarches d'IVG* ») n'a pas été pris en compte pour ces chiffres :

- 23 questionnaires ont été complètement remplis.
- 11 questionnaires avaient une question non remplie.
- 5 questionnaires avaient deux questions non remplies.
- 8 questionnaires avaient trois questions ou plus non remplies (2 questionnaires avec trois questions non remplies, 1 questionnaire avec quatre questions non remplies, 1 questionnaire avec six questions non remplies, 2 questionnaires avec sept questions non remplies et 2 questionnaires avec neuf questions non remplies).

4. LA DISCUSSION.

1. Les limites de l'étude.

Cette étude présente certaines limites, pouvant introduire des biais limités.

a. Biais de sélection.

Seuls deux centres d'IVG de Nantes ont été choisis pour cette étude. En Loire-Atlantique, les CPEF d'Ancenis, de Châteaubriant et de Saint Nazaire ont également une activité IVG. Ils n'ont pas été retenus pour ce travail en raison de leur éloignement géographique de Nantes.

Les femmes mineures demandant une IVG médicamenteuse en ville n'ont pas été interrogées.

b. Biais de recueil de l'information.

L'utilisation d'auto-questionnaires a été préférée aux entretiens afin de ne pas ajouter un interlocuteur dans la démarche d'IVG.

Le questionnaire de cette étude avait été utilisé dans un travail antérieur. Nous avons fait le choix de ne pas le modifier afin de pouvoir comparer les résultats.

Ce questionnaire présentait des limites :

- notion de médecin traitant (question II.1) mal définie : médecin de famille ? médecin déclaré ?
- notion d'accompagnement lors de la consultation médicale (question II.4) mal définie : adolescente accompagnée au cabinet médical par l'un de ses parents? adolescente accompagnée par l'un de ses parents durant toute ou une partie de la consultation avec le médecin ?
- notion de suivi gynécologique (question III.2) mal définie : examen gynécologique non obligatoire chez l'adolescente au début de la vie sexuelle, pas de recommandation de frottis avant 25 ans.
- notion d'obstacle financier à la contraception (question III.5) non évoquée (prix de la consultation, de la pilule).
- pas de question concernant l'information en cas d'échec de contraception.
- question V.1 « quelle contraception vous a-t-on prescrit » : il aurait été plus juste de parler de « contraception choisie ».

c. Biais de non réponse.

Le nombre de questionnaires recueillis est limité (47), avec un taux de recueil à 75%. Le taux de réponse aux questionnaires est satisfaisant : les adolescentes ont répondu à 94% des questions.

Le complément de la question IV.2 n'a pas été pris en compte pour le calcul du taux de réponse, seulement cinq adolescentes ayant répondu à cette question.

Les questions ayant eu moins de réponses ont été :

- la question IV.4 : la prescription de l'échographie.
- la question IV.7 : le type d'IVG

Tous les questionnaires ont pu être exploités.

2. Interprétation des résultats.

Quelques données chiffrées²⁹⁻³⁰⁻³¹ sur l'IVG en France, en Pays de la Loire et à Nantes ont été mises en annexe 3.

a. La situation personnelle des adolescentes.

1) L'âge.

L'âge moyen des jeunes filles de cette étude était de 16,1 ans. La moyenne d'âge de l'étude réalisée à Rouen en 2009³² était de 16,2 ans, et la moyenne d'âge des IVG chez les mineurs au centre Simone Veil en 2011 était de 16,3 ans.

Evolution des IVG chez les mineures au centre Simone Veil ses 5 dernières années.

	Moins de 15 ans	De 15 à 17 ans
2007	3	108
%	0,2	6
2008	2	78
%	0,1	4,2
2009	1	82
%	0,05	4,4
2010	3	78
%	0,1	3,9
2011	4	71
%	0,2	3,8
Etude	3	39

2) La situation scolaire ou professionnelle.

Dans cette étude, 89% des jeunes filles mineures étaient scolarisées (collège, lycée) ou étudiantes ou en apprentissage. Ce chiffre est comparable au taux de scolarisation en France : 95% pour les moins de 16 ans, et 90% pour les moins de 18 ans en 2009-2010, d'après l'INSEE.

Une adolescente de 17 ans était en activité professionnelle.

Quatre adolescentes étaient sans activité : deux jeunes filles de 17 ans, une de 15 ans, et la dernière n'a pas répondu sur son âge.

La situation de l'adolescente de 15 ans est particulière : en effet, en France, la scolarité est obligatoire jusqu'à 16 ans (*article L131-1 du Code de l'Éducation*). Cette jeune fille a répondu qu'elle avait un compagnon depuis un an, et qu'elle vivait à l'hôtel.

3) La situation personnelle.

L'âge légal pour le mariage ou le PACS est de 18 ans en France (*Code civil, article 144 modifié par la loi n°2006-399 du 4 avril 2006*), il est donc normal qu'aucune mineure de cette étude n'ait déclarée être mariée ou pacsée.

Dans cette étude, 36% des adolescentes n'avaient pas de compagnon ; elles étaient 20% dans l'étude de Rouen.

Cinquante-cinq pour cent des adolescentes étaient avec leur compagnon depuis moins de cinq mois. La situation habituellement décrite chez les adolescents est effectivement un « profil de monogamie en séries »²⁰. Cependant, 12 adolescentes étaient avec leur compagnon depuis plus de six mois.

4) Le lieu d'habitation.

Dans cette étude, 87% des adolescentes vivaient au domicile parental. Ce chiffre est comparable à celui retrouvé dans l'étude DREES²⁹ en 2007 (88%) Elles étaient 93% dans l'étude de Rouen.

Trente-quatre pour cent des adolescentes interrogées dans cette étude vivaient dans une famille monoparentale, chiffre proche de celui retrouvé à Rouen (32%), mais supérieur à la moyenne nationale : 17,7% des moins de 25 ans vivaient avec l'un de leurs parents en 2005 d'après l'INSEE. L'éducation pour la santé se fait principalement dans le milieu familial où peut se produire un échange sur les règles de vie.

b. Les adolescentes et leur médecin traitant.

1) Les caractéristiques du médecin traitant.

Une adolescente a répondu ne pas avoir de médecin traitant ; cependant elle a répondu dans la suite du questionnaire avoir un suivi gynécologique, une prescription et un renouvellement de pilule par son médecin traitant. Il est donc probable que la notion de « médecin traitant » n'ait pas été suffisamment expliquée dans le questionnaire, ou mal comprise par cette adolescente.

Le médecin traitant des adolescentes interrogées dans cette étude était un homme dans 64% des cas. En Loire-Atlantique, le nombre de médecins généralistes est de 1819, dont 45% de femmes³³.

Dans l'étude à Rouen, le médecin traitant était un homme dans 79% des cas.

Quarante-trois pour cent des adolescentes de cette étude étaient suivies depuis leur naissance par leur médecin traitant, chiffre comparable dans l'étude de Rouen (40%).

2) La relation avec le médecin traitant.

Dans cette étude, 85% des adolescentes avaient le même médecin que leurs parents (90% à Rouen). Lorsque le médecin soigne déjà un ou plusieurs membres de la famille, il a l'avantage de bien connaître celle-ci, mais cette position de « médecin de famille » peut être perçue par les adolescentes comme un obstacle à la confidentialité¹. L'idéal pour le médecin serait alors de percevoir cette difficulté et de suggérer si nécessaire une alternative auprès d'un autre confrère¹. En effet, parmi ces adolescentes, 29% ont déclaré craindre que leur médecin ne révèle des informations les concernant à leurs parents. Elles étaient 39%, soit cinq adolescentes de plus, à penser qu'elles pourraient parler plus librement si leur médecin ne connaissait pas leurs parents. Ces chiffres témoignent d'une méconnaissance ou d'une difficulté d'application du droit de l'adolescente à l'intimité et au secret professionnel, facteurs fondamentaux sinon indispensables à l'établissement d'une relation thérapeutique utile¹. Il paraît donc nécessaire que le médecin traitant informe les adolescentes sur leurs droits.

3) La présence des parents.

Les adolescentes de cette étude ont répondu être habituellement accompagnées par l'un de leurs parents dans 53% des cas. Ces chiffres varient en fonction de l'âge: 75% des adolescentes âgées de 15 ans ou moins consultaient accompagnées, 70% des adolescentes de 16 ans et 38% des adolescentes de 17 ans.

Ce dernier pourcentage est inférieur aux chiffres retrouvés dans la littérature : 51% des filles de 18 ans consultent leur médecin traitant accompagnées et 61% des garçons⁶.

Une des particularité de la consultation à l'adolescence est la nécessité de donner à l'adolescent la place d'interlocuteur principal, tout en accordant une place et une écoute aux parents suffisantes. Même si la majorité du temps est consacrée à l'adolescent seul, il faut inclure le ou les parent(s) au début, à la fin ou aux deux temps de la consultation⁹.

c. Le parcours gynécologique des adolescentes.

1) L'âge au premier rapport sexuel.

L'âge moyen au premier rapport sexuel chez les jeunes filles interrogées dans cette étude était de 14 ans et 10 mois ; il était de 15 ans dans l'étude de Rouen.

En 2006, l'âge médian au premier rapport sexuel en France était de 17,2 ans pour les hommes et 17,6 ans pour les femmes, d'après l'enquête Contexte de la Sexualité en France menée par l'Institut national des études démographiques (INED) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). L'âge moyen au premier rapport en région Pays de Loire est comparable à la moyenne nationale : 17,5 ans³⁴. Cet âge a connu une forte diminution durant les années 1960 et 1970, puis s'est stabilisé dans les années 1980 et 1990³⁵.

L'évolution française est semblable à celle de la majorité des pays européens voisins, même si les populations sont plus ou moins précoces : l'âge au premier rapport est de 17,7 ans pour les Allemand(e)s et de 15,9 ans pour les Espagnol(e)s³⁵.

L'âge de 15 ans est souvent retenu comme limite supérieure pour définir la « sexualité précoce »¹⁹ : cela concerne un adolescent sur dix en France. Dans cette étude, 18 adolescentes (38%) ont eu leur premier rapport avant 15 ans, et 17 (36%) au cours de leur quinzième année. En Pays de la Loire, 2% des premiers rapports ont lieu à l'âge de 13 ans et 6% à 14 ans³⁴.

Il est important de préciser que la proportion des premiers rapports sexuels forcés ou « volontaires mais non consentis » est beaucoup plus importante parmi les filles ayant connu leur premier rapport avant 16 ans, que parmi les autres²⁰. L'inceste et les violences sexuelles qui peuvent être à l'origine des grossesses chez les adolescentes demeurent trop souvent tus ou sous-estimés³⁵.

Le nombre de partenaire sexuel n'a pas été étudié dans cette étude. L'enquête CSF révèle que les femmes de moins de 19 ans ont eu en moyenne 2,2 partenaires sexuels³⁵.

Dans cette étude, l'IVG a eu lieu la même année ou l'année suivant les premiers rapports pour 60% des adolescentes interrogées.

2) Les antécédents obstétricaux.

Une adolescente interrogée dans cette étude avait déjà eu un enfant et trois adolescentes (6%) avaient déjà eu au moins une IVG.

Dans le rapport UZAN³⁶, en 1998, ce chiffre était supérieur : 12% des mineures ayant recours à une IVG avaient un antécédent d'IVG.

Pour 5 femmes sur 6, le recours à l'IVG est accidentel et unique. Cependant, les mineures forment une catégorie de risque épidémiologique particulière : en effet, le risque d'une utilisation répétitive de l'IVG est plus grand lorsque la première IVG a lieu avant 20 ans²⁸.

3) Le suivi gynécologique.

Dix-neuf adolescentes interrogées dans cette étude (40%) avaient un suivi gynécologique : par un gynécologue pour 9 d'entre-elles, par le médecin traitant pour 6 et par un CPEF pour 4 autres.

Six adolescentes ont répondu qu'elles prenaient la pilule avec une prescription par leur médecin traitant (question III.6), mais ont répondu ne pas avoir de « suivi gynécologique ».

Cinq adolescentes ont parlé de la pilule avec leur médecin traitant (question III.5), mais ont répondu ne pas avoir de « suivi gynécologique ».

Il est probable que le terme « suivi gynécologique » ait été associé à une consultation spécialisée avec un ou une gynécologue pour ces adolescentes.

La définition du « suivi gynécologique » présentée dans ce questionnaire (« consulter un médecin pour avoir un examen gynécologique, faire les frottis et éventuellement avoir une prescription de contraception ») ne paraît pas adaptée. En effet, l'examen gynécologique n'est pas obligatoire dès la première prescription contraceptive, et les frottis ne sont réalisés qu'à partir de 25 ans d'après les dernières recommandations HAS. Il aurait été intéressant de mettre en valeur la notion d'information et de connaissances médicales transmises par un médecin en matière de sexualité et de contraception.

Quarante-trois pour cent des adolescentes interrogées dans cette étude ont répondu que ce n'est pas au médecin traitant d'assurer le suivi gynécologique (question V.6), cependant, 70% des adolescentes ont répondu que c'est le rôle du médecin traitant de les informer sur les méthodes de contraception, et de leur prescrire une contraception (question V.6). Les adolescents ont une « représentation assez floue du champ d'action du généraliste »⁶. Ils ne sont que 55% à penser que les médecins généralistes peuvent les aider pour des problèmes sexuels⁶. Il importe donc au médecin « d'aborder, quel que soit le motif de la consultation, les besoins liés à la sexualité »¹⁴ : les motivations, le partenaire, le vécu, les réactions parentales... Or le médecin généraliste élargit le contenu de la consultation moins d'une fois sur deux quand le motif de l'adolescent est administratif ou préventif, et une fois sur trois en cas de motif somatique⁶.

d. La contraception.

1) La contraception avant l'IVG.

Toutes les contraceptions sont utilisables à l'adolescence. La contraception recommandée actuellement pour les adolescentes est l'association de la contraception hormonale et du préservatif (« double DUTCH » des Hollandais¹⁸). Seules 4 adolescentes interrogées dans cette étude (8%) avaient cette double contraception.

L'âge auquel a lieu l'IVG et l'âge au premier rapport sont proches, la littérature recommande donc une double protection dès les premiers rapports³⁷.

Six adolescentes (13%) ont déclaré n'avoir **aucun moyen de contraception**. D'après le dernier bulletin de santé 2010, seules 9% des femmes de 15 à 24 ans sexuellement actives n'avaient pas de contraception³⁵.

D'après l'enquête DREES en 2007, un tiers des femmes ayant recours à l'IVG n'avait pas de contraception, taux équivalent en fonction des classes d'âge²⁹. Le pourcentage d'adolescentes sans contraception dans cette étude est très inférieur. Il est possible que les adolescentes de cette étude aient surestimé leur taux de contraception, pour diverses raisons (sentiment possible de culpabilité liée à une absence ou insuffisance de contraception).

Cinquante-six pour cent des adolescentes interrogées ont déclaré utiliser le **préservatif** comme moyen de contraception. Vingt-deux adolescentes avaient le préservatif comme moyen de contraception « le plus sûr », soit 46% des adolescentes, chiffre supérieur à celui du Baromètre Santé 2010 des 15-19 ans.

	Contraception définitive (stérilisation)	DIU (ou stérilet)	Implant, patch, anneau, injection	Pilule	Préservatif	Méthodes locales	Méthodes naturelles	
15-19 ans	-	-	2,8	70,8	78,9	18,3	-	-
20-24 ans	-	3,7	5,4	70,8	83,4	7,2	-	0,3
25-34 ans	0,5	20,3	6,2	70,8	63,4	8,7	0,1	0,8
35-44 ans	3,5	36,0	3,9	43,4	11,6	0,2	1,4	
45-49 ans	5,2	43,2	3,4	35,5	9,7	0,4	2,6	
Total	2,2	26,0	4,7	55,5	10,3	0,1	1,2	

* Lorsque plusieurs méthodes étaient citées, la plus « sûre » a été retenue ; ainsi, c'est la méthode apparaissant le plus à gauche dans le tableau qui a été privilégiée.

Champ : France métropolitaine. Femmes non enceintes déclarant utiliser systématiquement ou non un moyen pour éviter une grossesse, sexuellement actives dans les douze derniers mois, ayant un partenaire homme au moment de l'enquête.

Source : Baromètre santé 2010, INPES.

L'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel a augmenté de façon régulière et significative dans les années 1990 pour se maintenir à un niveau élevé : 90% d'après l'enquête CSF³⁶⁻³⁸. Le préservatif est utilisé dans un but contraceptif par la majorité des hommes et des femmes de moins de 35 ans au premier rapport sexuel³⁹. Il est également le principal moyen de protection contre les Infections Sexuellement Transmissibles, thème devant être abordé en consultation conjointement à celui de la contraception. Dans cette étude, 44% des adolescentes n'avaient pas de protection contre les IST.

Trente-neuf pour cent des adolescentes de cette étude utilisaient la **pilule** comme moyen de contraception « le plus sûr », pourcentage inférieur à celui du Baromètre Santé 2010 des 15-19 ans. D'après la littérature, 88% des moins de 20 ans ont eu au moins un oubli de pilule dans les trois derniers mois³⁵.

Aucune adolescente de l'étude n'avait d'**autre contraception** : patch, implant, anneau. Elles représentent 8% des 15-19 ans à y avoir recours d'après le Baromètre Santé 2010.

Quatre adolescentes interrogées (8%) ont déclaré utiliser la « **pilule du lendemain** » comme moyen de contraception, en association avec le préservatif. D'après l'étude DREES en 2007, plus de 30% des 15-19 ans avait eu recours à la contraception d'urgence²⁹ : chiffre nettement supérieur à celui retrouvé dans cette étude. En Pays de la Loire, 18% des 15-19 ans ont eu recours à la contraception d'urgence au cours des

douze derniers mois³⁴. Il aurait peut-être été nécessaire de mettre une question indépendante concernant la contraception d'urgence (par exemple : « avez-vous déjà pris la pilule du lendemain? »).

Il aurait été intéressant d'interroger les adolescentes sur l'information qu'elles ont ou non reçue concernant les conduites à tenir en cas d'échec de contraception (oubli de pilule, rupture de préservatif...). En effet, il existe une méconnaissance des conduites à tenir en cas d'erreur d'utilisation et une connaissance imprécise des délais de recours à la contraception d'urgence⁴⁰⁻⁴¹.

Les circonstances d'échec de la contraception propres aux adolescentes sont nombreuses: l'utilisation incorrecte du préservatif, la difficulté pour les prises de la pilule, le manque de connaissances sur les différents moyens de contraception et les conduites à tenir en cas d'échec, l'acceptabilité sociale de leur sexualité, la relation avec leurs parents, le jeune âge, la différence d'âge avec le partenaire, la non-scolarisation, le non accès aux structures de soins¹⁵⁻⁴⁰.

D'après les chiffres de cette étude et les données de la littérature, les grossesses non désirées sont la conséquence d'un échec ou d'une insuffisance de contraception, plutôt que d'une absence de contraception.

Cas particulier des adolescentes avec des antécédents obstétricaux.

Parmi les 4 adolescentes avec un ou plusieurs antécédents de grossesse, aucune d'entre-elles n'avait de contraception optimale avant l'IVG:

- une adolescente de 17 ans, avec 2 antécédents d'IVG, a répondu n'avoir aucun moyen de contraception, et ne pas savoir où se procurer la pilule. Elle a pourtant répondu avoir un suivi gynécologique par un CPEF.
- une adolescente de 17 ans, avec 2 antécédents d'IVG, avait la pilule comme moyen de contraception avec un suivi gynécologique par un CPEF.
- l'adolescente de 17 ans, ayant déjà eu un enfant, avait la pilule comme moyen de contraception, avec un suivi par son médecin traitant.
- l'adolescente de 16 ans, avec un antécédent d'IVG, n'avait que les préservatifs comme moyen de contraception, et un suivi gynécologique par son médecin traitant. Elle a répondu ne pas savoir où se procurer la pilule, et avoir peur que ses parents soient au courant.

Lors des consultations d'IVG dans les CPEF, une information sur les différents moyens de contraception et les modalités d'obtention est normalement délivrée aux adolescentes.

2) Les obstacles à la prise de pilule pour les adolescentes.

Le Haut Conseil de la Population et de la Famille a publié un rapport en 2006 sur les principaux obstacles à une contraception efficace chez les mineures⁴².

Une prévention insuffisamment efficace est un premier obstacle.

D'une part, la prise de contraception chez les jeunes est influencée par deux facteurs: **les rapports occasionnels et l'information des parents.**

La principale raison évoquée par les adolescentes interrogées dans cette étude sur le fait de ne pas prendre la pilule était la « peur que les parents le sachent » (dans 28% des cas). Ce chiffre était de 9% pour les moins de 25 ans dans l'étude DREES en 2007²⁹. Cet obstacle est lié à la méconnaissance du secret professionnel qui s'applique aux mineures, mais également à la gestion pratique des prises de la pilule au domicile parental. Certaines adolescentes ont mentionné dans le questionnaire que leurs parents étaient au courant mais qu'ils souhaitaient différer la prise de pilule, voir l'interdire. Parmi les adolescentes interrogées prenant la pilule, les parents étaient informés dans un cas sur deux, avec un taux de non réponse à cette question de 44%.

Dans l'étude DREES²⁹, les femmes de moins de 25 ans mentionnaient également n'avoir pas prévu de rapports sexuels à ce moment (25%) ou ne pas avoir de partenaire régulier (11%). Les adolescentes interrogées ont effectivement répondu dans 18% des cas ne « pas avoir de rapports réguliers ». Les méthodes les plus efficaces de contraception comme la pilule, ne sont pas adaptées à une activité sexuelle irrégulière. Trois adolescentes ont en effet commenté leurs réponses en mentionnant les « oublis » comme explication à l'absence de contraception par pilule.

D'autre part, il existe un **manque de connaissances** en matière de sexualité chez les jeunes : deux tiers des jeunes filles de troisième pensent que le premier rapport ne peut pas être fécondant, trois quart pensent qu'un rapport durant la période de règles ne peut pas être fécondant⁴². Parmi les adolescentes interrogées dans cette étude, 10% avaient peur des effets secondaires de la pilule.

Le **coût de la contraception** est un deuxième obstacle particulièrement important. Ce thème apparaît peu dans le questionnaire de cette étude.

La plupart des pilules, ainsi que le DIU, sont remboursés à 65% par l'assurance maladie. Les pilules de troisième génération, de plus en plus prescrites, ne sont pas remboursées⁴³. Ces moyens de contraception nécessitent également une consultation médicale payante, remboursée à 65%. Mais les mineures, et les femmes sans couverture sociale, ont accès à une contraception gratuite et anonyme dans les CPEF. Cette information n'est pas connue de toutes : 14% des adolescentes interrogées dans cette étude ne savaient pas où se procurer la pilule. Les préservatifs ne bénéficient d'aucun remboursement par l'assurance maladie. La « pilule du lendemain » est délivrée gratuitement, sans prescription médicale et anonymement aux jeunes filles mineures dans les pharmacies et par les infirmières scolaires.

La **prescription médicale** obligatoire est le troisième obstacle. Le médecin de famille est rarement consulté par les adolescentes, à cause de l'ignorance du secret professionnel, du coût de la consultation et de la peur de l'examen gynécologique (coché une fois dans un des questionnaires). Seuls 25% des adolescentes ne prenant pas la pilule ont abordé le sujet de la contraception avec leur médecin traitant. Néanmoins, le médecin généraliste reste un interlocuteur important pour les adolescentes: 67% des adolescentes interrogées prenant la pilule ont eu la première prescription ainsi que le renouvellement de leur contraception par leur médecin traitant (28% par les gynécologues et 5% par les CPEF).

3) **La contraception après l'IVG.**

Les adolescentes ont majoritairement choisi la pilule comme moyen de contraception après l'IVG (dans 55% des cas, comparé à 39% avant l'IVG). Les adolescentes ont choisi l'implant dans 15% des cas, chiffre nettement supérieur à la moyenne nationale des 15-19 ans (2,8%). Neuf pour cent des adolescentes ont choisi le DIU.

Les adolescentes qui avaient des antécédents obstétricaux ont choisi la pilule comme moyen de contraception pour deux d'entre-elles, l'implant et le DIU.

Les adolescentes interrogées ayant choisi la pilule comme moyen de contraception après l'IVG, ont prévu de faire le renouvellement avec leur médecin traitant dans 46% des cas et avec un CPEF dans 42% des cas.

4) **La « norme contraceptive française » et comparaison internationale.**

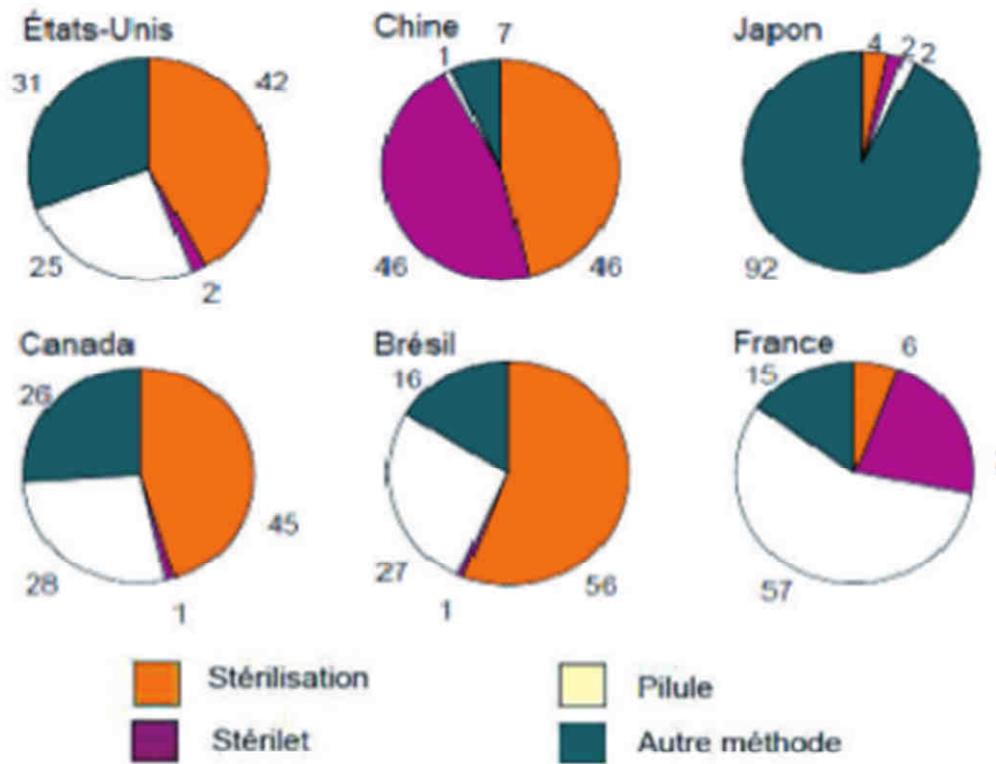
La situation française se caractérise par un taux de contraception parmi les plus élevés au monde, avec une « norme contraceptive »⁴⁴ particulière:

- le préservatif est utilisé seul ou en association avec la pilule en début de vie sexuelle.
- la pilule sans préservatif est utilisée par les femmes jeunes dès qu'une relation de couple stable s'installe.
- le DIU est utilisé pour les femmes déjà mère et ne souhaitant plus d'enfant.

Il ne s'agit pas là d'un « schéma » recommandé, mais de la description actuelle du paysage contraceptif français.

La pilule est donc la méthode contraceptive de référence. Les potentialités du DIU sont sous-utilisées (notamment chez les jeunes femmes nullipares et en contraception d'urgence), et les méthodes nouvelles (implant, patch, anneau) sont marginales. Les changements pour faciliter l'accès à la contraception d'urgence (pilule) n'ont pas eu d'impact sur le taux de contraception ni sur le taux d'IVG. La stérilisation, qui ne concerne pas la population étudiée dans cette étude, est quasiment absente en France⁴⁴.

Méthodes de contraception utilisées dans certains pays (pour 100 couples mariés utilisant la contraception).



Source : INED (2010), d'après ONU (2009)

Distribution des femmes selon la méthode contraceptive utilisée (en %).

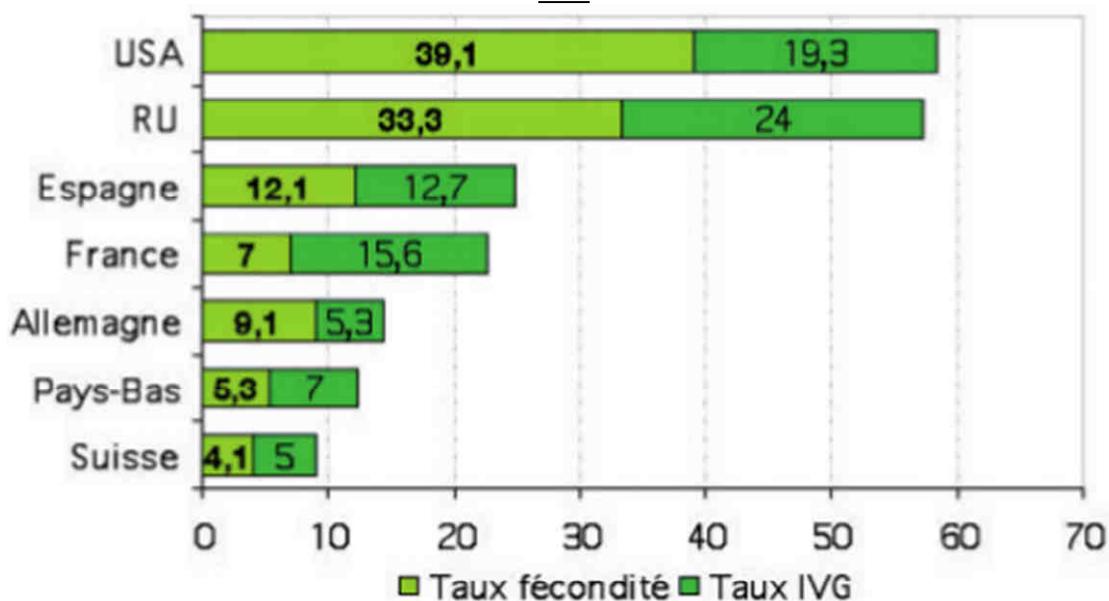
	Âge	Préservatif	Pilule	Stérilet	Stérilisation	Autre	Méthode naturelle
France	15-19	18,3	78,9	0	0	2,8	0
	20-24	7,2	83,4	3,7	0	5,4	0,3
	15-49	10,3	55,5	26,0	2,2	4,7	1,2
Espagne	15-19	74,2	18,9	1,4	0	4,9	2,2
	20-24	57,3	32,3	1,2	0,4	7,9	5,1
	15-49	49,1	24,2	6,2	11,3	7,2	3,5
Pays-Bas	18-20	6,6	89,3	2,7	0	1,4	ND
	20-24	7,7	85,9	5,1	0	1,3	ND
	18-49	13	58	11,6	14,5	2,9	ND
RU	16-19	65	54	0	0	13	6
	20-24	50	54	4	4	13	7
	16-49	34	33	7	22	11	9
États-Unis	15-19	22,8	54,1	3,6	0	19,5	ND
	20-24	24,5	48	5,9	3,1	18,5	ND
	15-44	16,1	28	5,5	37	13,4	ND

ND : Non Déterminé

Sources : Statistiques nationales⁽¹¹⁾

La **sexualité des mineures** est une question délicate à aborder. Or, d'après l'UNICEF, « plus une société est disposée à prendre acte du caractère inéluctable de la sexualité des jeunes, plus elle est en mesure de mettre en œuvre des politiques de prévention efficace ». Les pays d'Europe du Nord font figure de modèle en matière de tolérance vis-à-vis de la vie sexuelle des jeunes, alors que le Royaume-Uni et les États-Unis la considèrent comme devant être le plus possible retardée³⁵. Or ces deux derniers pays ont des taux d'IVG particulièrement importants. La France a adopté une position intermédiaire : la sexualité des mineures n'est pas ouvertement réprimée par la morale et les pouvoirs publics, mais elle fait l'objet de préjugés³⁵ (grossesses chez les adolescentes majoritairement associées à une irresponsabilité réelle ou prétendue des jeunes). Une des jeunes filles interrogées dans cette étude a noté que son médecin lui avait parlé « d'irresponsabilité » lors de la première consultation de demande d'IVG.

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



Source : Statistiques nationales⁽¹⁷⁾

e. L'IVG et la place du médecin traitant.

1) Filières d'accès au centre d'IVG.

Le médecin traitant apparaît peu dans la filière d'accès au centre d'IVG dans cette étude : les adolescentes font elles-mêmes le diagnostic de grossesse (98% des cas), et se rendent directement dans un centre d'IVG dans 72% des cas, évoquant notamment comme raisons à cela, le manque de confiance envers leur médecin traitant et la volonté de maîtriser l'information à leurs parents. Ces chiffres sont comparables à ceux de l'étude de Rouen. Les adolescentes interrogées dans cette étude à Nantes étaient pourtant 70% à penser qu'un des rôles du médecin traitant est d'orienter vers un centre d'IVG. Or, le Haut Conseil de la Santé Publique⁴⁵ a défini en 2009 les missions du médecin généraliste dont celle d'« orienter les patients selon leurs besoins dans le système de soins et le secteur médico-social », ainsi que de « s'assurer que la coordination des soins nécessaires à ses patients est effective ». L'étude DREES indiquait que l'accès au centre d'IVG était moins direct pour les mineures puisque l'IVG était réalisée par le premier professionnel de santé contacté dans seulement 29% des cas pour les moins de 25 ans et 38% pour les 25 ans ou plus²⁹. Ces trajectoires moins directes ont pour conséquence un allongement du délai de prise en charge de l'IVG. Cette situation ne semble pas se retrouver à Nantes.

D'après l'enquête COCON, réalisée en 2000 auprès de femmes de 18 à 44 ans, les jeunes femmes de moins de 20 ans ont pour premier interlocuteur médical un médecin généraliste dans 15% des cas, une structure hospitalière dans 30% des cas, un centre médico-social dans 25% des cas, un gynécologue dans 30% des cas⁴⁶. Ces chiffres sont donnés à titre indicatif puisque l'étude COCON concerne les femmes majeures. Dans cette étude, on retrouve le même pourcentage : 15% des adolescentes interrogées ont consulté leur médecin traitant pour la première consultation de demande d'IVG, avec une prescription d'échographie dans trois cas sur sept. Pour ces sept adolescentes ayant consulté leur médecin traitant, celui-ci a pris rendez-vous pour elles au centre d'IVG ou leur a donné les coordonnées du centre. Dans cette étude, les médecins généralistes ont orienté directement les adolescentes vers un centre d'IVG. D'après l'enquête COCON, 36% des femmes ayant vu un médecin généraliste comme premier interlocuteur, avaient été orientées vers un gynécologue puis vers un centre d'IVG⁴⁶. Les résultats de cette étude COCON indiquaient que les généralistes semblaient moins bien informés sur les procédures d'IVG, avec des trajectoires moins directes.

Le deuxième problème mis en valeur dans cet article⁴⁶, était l'absence d'encadrement des femmes dans les démarches pour trouver un centre d'IVG. En effet, seules 64% des adolescentes interrogées à Nantes sont allées d'elles-mêmes au centre d'IVG. Sept adolescentes ont donc été adressées au centre d'IVG par leur médecin traitant. Mais pour dix adolescentes (21%), il a fallu faire appel à des « personnes ressources » (famille, amis, infirmière du lycée...). Cependant, 87% des adolescentes interrogées ont trouvé les démarches simples pour recourir à une IVG. Les difficultés citées n'étaient pas en lien avec l'accès à un centre IVG.

2) L'IVG : personnes informées et accompagnantes, les méthodes, l'IVG au cabinet médical.

Dans cette étude, 57% des jeunes filles n'ont pas informé leurs parents de leur demande d'IVG, pourcentage supérieur à celui retrouvé dans l'étude DREES²⁹ qui était de 46%.

Quand une grossesse non prévue survient, la femme informe son partenaire dans 97% des cas dans le contexte d'une relation stable, et dans 17% dans le contexte d'une relation instable ou de rupture⁴⁷. Ce chiffre était de 59% parmi les adolescentes interrogées dans cette étude.

D'après l'étude DREES, les adolescentes sont accompagnées dans les démarches d'IVG dans 98% des cas. Cette question n'a pas pu être exploitée dans cette étude, seules cinq adolescentes ayant répondu à cette question.

D'après l'étude DREES, les jeunes filles mineures recourent moins souvent à une IVG médicamenteuse que leurs aînées : 41% pour les jeunes filles mineures contre 55% des femmes de 25 ans ou plus. Dans cette étude à Nantes, ce pourcentage est nettement inférieur : 15% des adolescentes interrogées avaient prévu de recourir à une IVG médicamenteuse. Les IVG médicamenteuses au cabinet médical n'ont pas été étudiées dans cette étude : elles représentent une IVG sur dix²⁹ (pour l'ensemble des IVG).

Parmi les adolescentes interrogées, seules 25% savaient que certains médecins généralistes pratiquaient des IVG médicamenteuses au cabinet médical, mais la plupart de ces adolescentes ne savaient pas si leur médecin traitant les pratiquait ou non. Trente et un pour cent des adolescentes interrogées auraient préféré faire une IVG avec leur médecin si elles avaient su cela possible. Quarante-trois pour cent des adolescentes de cette étude ont répondu que c'est en effet un des rôles du médecin traitant de pratiquer des IVG au cabinet médical.

Il aurait été nécessaire d'interroger également les femmes mineures ayant recours à des IVG médicamenteuses au cabinet médical pour établir des comparaisons.

A Nantes, les deux CPEF ont signé des conventions avec 23 médecins libéraux en ville, généralistes et gynécologues.

3) Soutien psychologique après l'IVG.

La place du médecin traitant était limitée dans l'accès au centre d'IVG dans cette étude, elle l'est également après l'IVG: seules 68% des adolescentes interrogées ont prévu de consulter leur médecin, et 45% avaient l'intention de l'informer de leur IVG.

Le retentissement psychologique après une IVG reste peu étudié¹, chez les adolescentes comme chez les femmes majeures. Elles étaient 34% dans cette étude à penser qu'elles auraient besoin d'aide après l'IVG, et seules 45% des adolescentes ont répondu que ce soutien est un des rôles du médecin traitant. La majorité des adolescentes ont donc cité d'autres personnes auprès desquelles elles pourraient trouver du soutien et de l'aide : famille, ami, compagnon essentiellement. Le médecin traitant n'a été cité que dans 6 questionnaires (13%), et le CPEF dans 11 questionnaires (23%).

3. Propositions pour améliorer les soins.

En 2004, la Direction Générale de la Santé¹⁷ a élaboré une stratégie d'actions en matière de contraception, qui repose sur quatre axes : améliorer l'information du grand public et des publics cibles, agir sur la pratique des professionnels de santé, améliorer l'accès à la contraception notamment pour les mineur(e)s dans les CPEF, améliorer les connaissances en matière d'utilisation des moyens contraceptifs.

a. Des actions d'information auprès des jeunes, notamment dans les établissements scolaires.

La loi du 4 juillet 2001, complétée par la circulaire du 17 février 2003, fait de l'éducation à la sexualité une obligation légale tout au long de l'enseignement primaire et secondaire, à raison d'au moins trois séances par an et par niveau³⁵. Il existe cependant des difficultés matérielles et logistiques à l'organisation de ces séances d'information : intégration dans le programme scolaire, financement, mobilisation des collectivités concernées et parfois réticence des parents d'élèves.

Les tabous et les stéréotypes concernant la sexualité des mineurs varient en fonction des pays : une étude internationale a montré que plus la sexualité des adolescents est acceptée par la société, plus l'utilisation de la contraception par ceux-ci est élevée⁴⁸. En Suisse, des intervenants associatifs payés par les pouvoirs publics locaux viennent s'adresser aux enfants dans les écoles, à tous les niveaux de la scolarité au moins une fois par an. Aux Pays-Bas, il existe une semaine dite « du papillon de printemps », où les enfants de 4 à 12 ans assistent à des cours ou activités ludiques autour du thème de l'amour, de l'estime de soi, du rapport au corps et de la prévention³⁵. En France, le dernier livre du Professeur NISAND s'intitule: « Et si on parlait de sexe à nos ados ? »⁴⁹.

Le discours mis en œuvre dans les écoles doit être véritablement humaniste et doit⁴²:

- replacer la relation sexuelle dans le contexte amoureux qui est le sien surtout chez les jeunes ;
- évoquer les différences de modalités de séduction entre garçons et filles et valoriser le consentement mutuel ;
- faire apparaître la prise de responsabilité en matière sexuelle comme étant un signe de maturité ;
- aborder de manière informative (voire médicale) les sujets qui intéressent les jeunes tels que l'homosexualité, la masturbation, la jouissance sexuelle, la virginité, les violences sexuelles et l'inceste.

La première proposition exposée dans la note d'analyse de juin 2011 est donc de « charger les rectorats de fournir aux chefs d'établissements les informations nécessaires pour satisfaire à leurs obligations en matière d'éducation à la sexualité, et d'établir un plan des dépenses engagées »³⁵.

Il existe d'autres moyens pour les adolescents d'obtenir des informations concernant leur santé.

Le Plan Santé des Jeunes des 16-25 ans de 2008-2010⁵⁰ avait plusieurs objectifs, dont le développement des **Maisons Des Adolescents** (MDA). Ces structures ouvertes à tous, libres et gratuites, ont pour vocation⁵¹:

- d'apporter une réponse de santé et de soins aux adolescents.
- fournir aux adolescents des informations, des conseils.
- favoriser un accueil continu par des professionnels divers.
- garantir la continuité des soins et la cohérence des prises en charges.
- constituer un lieu ressource pour l'ensemble des acteurs concernés par l'adolescence.

L'Ordre National des Médecins déplore l'absence de certains thèmes dans ce Plan Santé Jeunes (PSJ) : l'IVG, la contraception, ainsi que le suicide. Le CNOM indique également que les 12-16 ans ne sont pas concernés par ce PSJ⁵⁰.

Le **Fil Santé Jeunes** est un numéro vert, anonyme et gratuit qui a été créé en février 1995 par le ministère du travail et des affaires sociales pour offrir un espace de parole aux adolescents. En 2008, dans le cadre du Plan Santé Jeunes, le Fil Santé Jeunes s'est doté d'un numéro à quatre chiffres : 3224. La ligne est ouverte de 8 heures à minuit, tous les jours de l'année, avec des médecins, des psychologues et des conseillères conjugales qui répondent aux adolescents. En 2009, plus de 500.000 tentatives d'appels ont été enregistrées : la moitié des demandes concernait la sexualité et la contraception, 60% des appelants étaient mineurs. Un site internet a été créé en 2001⁵².

b. La formation des professionnels de santé.

Les médecins généralistes jouent un rôle important dans la santé des femmes et particulièrement dans leur contraception : ainsi le nombre moyen de consultations pour motif gynécologique chez le médecin généraliste est estimé à 3,6 par femme et par an. Près de 3 800 000 actes gynécologiques par an sont dispensés par des médecins généralistes, dont 35% concernent la contraception⁴⁴. La gynécologie obstétrique fait donc partie de la pratique courante des généralistes, surtout des femmes. Pourtant le temps consacré aux questions de planification familiale est faible au cours des études de médecine générale. Variable selon les universités, la place qui lui est accordée est quasi inexistante en deuxième cycle, et se limite généralement à quelques heures de formation théorique sur la contraception délivrées lors du troisième cycle de médecine générale⁴⁴.

Pour leur formation pratique, les étudiants en médecine n'effectuent, pendant leur externat, qu'un stage de trois mois en service de gynécologie obstétrique où ils font peu de contraception qui est plutôt réservée à la gynécologie de ville.

Ensuite, pendant leur internat de médecine générale, les internes doivent choisir entre un stage en service de pédiatrie ou un stage en service de gynécologie obstétrique. Devant le peu de postes proposés en service de gynécologie obstétrique et l'obligation de se former en pédiatrie, une très grande partie des internes n'effectuent pas leur stage en gynécologie obstétrique⁴⁴.

L'étroitesse du socle de formation initiale sur ces questions, et l'obsolescence rapide des connaissances techniques dans un domaine en pleine transformation se traduisent par la persistance chez certains médecins d'idées reçues⁴⁴ que la HAS s'efforce de combattre à travers ses recommandations.

Le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) en collaboration avec la Direction générale de la santé (DGS) a mis en place depuis 2006 une journée de formation indemnisée destinée aux médecins généralistes enseignants, ayant pour but « d'améliorer l'information, la prescription et le suivi de la contraception ».

L'IGAS a publié en 2009 un rapport sur la contraception et la contraception d'urgence⁴⁴, avec de 22 recommandations pour améliorer les soins. Deux de ses recommandations concernaient la formation des médecins :

- « développer la place accordée aux questions de contraception dans la formation théorique et pratique des futurs médecins ».
- « encourager le développement d'actions de formation médicale continue axées sur la contraception ».

Suite à ce rapport, lors de la journée du 8 mars 2010²⁹, des mesures ont été annoncées par la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, pour « améliorer l'information et l'éducation sexuelle auprès des jeunes » :

- « le ministère de l'Éducation nationale pilote un groupe de travail sur ce thème avec le ministère de la Santé et des Sports et le secrétariat d'État chargé de la famille et de la solidarité ».
- « il sera demandé aux agences régionales de santé (ARS) de vérifier que les maisons des adolescents développent les entretiens de planification familiale et l'information sur la contraception ».
- « pour répondre à leur problématique spécifique, l'INPES réalise en 2010 une campagne d'information et d'éducation spécifique pour les départements d'outre-mer (DOM) avec une série de programmes courts d'animation diffusée dans les DOM, sur des supports télé, radio et web ».
- « la formation initiale des médecins sur la contraception sera améliorée en permettant plus largement aux internes d'effectuer des stages dans les centres de planification et d'éducation familiale et en veillant à ce que la prescription de la contraception soit une compétence acquise durant la formation en stage à l'hôpital ou auprès des médecins généralistes maîtres de stage ».

c. Un accès effectif à une contraception anonyme et gratuite pour les mineures.

L'accès anonyme et gratuit aux moyens contraceptifs pour les mineures existe actuellement dans les 1.200 sites des centres de planification ou d'éducation familiale⁵³. Mais comme le souligne le rapport de l'IGAS : « encore faut-il les connaître et y avoir accès »⁴⁴.

La note d'analyse de juin 2011 proposait de « créer une plateforme unique sur la sexualité, qui proposerait notamment un recensement des centres de planification familiale et de prévention des IST, afin de faire connaître leur existence, leur localisation et leurs services offerts »³⁵.

La réponse apportée par les centres de planification n'est pas disponible partout. La densité des structures d'information et de planification familiale varie fortement d'un territoire à l'autre, la région des Pays de Loire apparaît particulièrement sous équipée à cet égard.

Le mode de fonctionnement des centres et leurs horaires d'ouverture n'offrent pas non plus toujours la souplesse requise pour satisfaire aux besoins des adolescents contraints par des horaires scolaires ou professionnels. Si la plupart des centres sont ouverts et accessibles sans rendez-vous le mercredi après-midi, ils sont généralement fermés le soir et le week-end. Le rapport du HCPF⁴² en 2006 préconisait « un accueil quotidien aux heures ouvrables, sans rendez-vous et sans qu'il soit nécessaire de donner son nom, par un médecin ou une sage-femme ».

Le rapport de l'IGAS⁴⁴ a rédigé des recommandations pour favoriser l'accès à une contraception anonyme et gratuite :

- « mettre en place un réseau de professionnels de santé acceptant le tiers payant pour assurer l'accès gratuit des jeunes à la contraception et leur information sur les questions de santé sexuelle ».
- « étendre le principe de la gratuité au-delà de 18 ans pour les jeunes jusqu'à 25 ans dépourvus de couverture sociale autonome et en faisant la demande ».

Des mesures ont été annoncées suite à ce rapport lors de la journée du 8 mars 2010 afin de « favoriser l'accès à la contraception pour les mineurs » :

- « un bilan de la situation d'ensemble des organismes de planification, d'éducation et de conseil familial permettra de mieux appréhender les forces et les faiblesses du dispositif en place; ce bilan sera réalisé par l'IGAS ».
- « pour répondre au problème spécifique des zones non couvertes, notamment en milieu rural, un dispositif sera mis en place pour permettre le recours, dans les mêmes conditions de gratuité et d'anonymat que les centres de planification, aux médecins généralistes volontaires ».

La note d'analyse³⁵ proposait également de « développer un bilan première contraception gratuit pour les jeunes femmes âgées de 15 à 18 ans, qui leur permettrait de choisir de manière éclairée leur mode de contraception ». La mise en place d'une consultation de prévention annuelle et gratuite chez le médecin généraliste pour les jeunes, garçons et filles, de 16 à 25 ans avait déjà annoncée dans le plan Santé Jeunes du 27 février 2008. Elle devait permettre notamment de faire le point sur la prévention des risques liés à la sexualité, et sur la contraception.

d. Une meilleure maîtrise de la contraception et de ses échecs.

En France, la pilule est le principal moyen de contraception mais n'est pas nécessairement la contraception adaptée aux besoins des jeunes femmes en raison de ses contraintes d'utilisation et de coût³⁵. La promotion du stérilet et de l'implant en usage concomitant avec le préservatif pourrait permettre de réduire les échecs contraceptifs des jeunes françaises³⁵. Il s'agit de la proposition 5 de la note d'analyse de juin 2011 : « rendre effectif le libre choix contraceptif en développant une information sur l'ensemble des modes de contraceptions, y compris ceux qui sont encore peu connus en France ». Les conduites à tenir en cas d'échec de la contraception doivent également être connues et accessibles.

Les recommandations de l'IGAS en 2009 afin d'avoir une contraception plus efficace étaient de :

- « promouvoir les méthodes de contraception réversible de longue durée, et en particulier le stérilet ».
- « engager une négociation avec les laboratoires pharmaceutiques en vue du remboursement des nouvelles formes de contraception hormonale non orale ».
- « mettre à disposition du grand public des supports sur les problèmes concrets de gestion de la contraception », recommandation 10.
- « mettre en œuvre l'objectif du Plan santé jeunes visant à adapter le conditionnement des contraceptifs pour améliorer l'observance ».
- « promouvoir la prescription d'une contraception d'urgence en complément de la contraception orale ».

Ces recommandations ont été reprises lors de la journée du 8 mars 2010 par Mme Bachelot :

- « des discussions avec les laboratoires pharmaceutiques sont amorcées en vue de les encourager à s'engager dans une démarche de remboursement des nouvelles formes de contraception hormonale non orale qu'ils proposent (patch et anneau) et qui sont parfois mieux adaptées au mode de vie de certaines femmes ».
- « il sera proposé à la Haute autorité de Santé (HAS) d'établir des recommandations pour la contraception d'urgence ».

Les **autres professionnels de santé** sont également concernés par des recommandations :

- « adapter le programme des études de sage-femme aux nouvelles compétences que leur reconnaît la loi du 21 juillet 2001 en matière de contraception ».
- « améliorer le statut, actualiser le positionnement et développer l'intervention des conseillères conjugales et familiales ».
- « développer des outils opérationnels de guidance pour les pharmaciens dans la délivrance de la contraception d'urgence ».
- « élargir les possibilités pour l'infirmière scolaire d'apporter une réponse de premier recours ».
- « développer des formations sur la contraception d'urgence pour les infirmières scolaires et les doter d'outils d'aide à la décision ».

e. Des expériences en cours à Nantes.

Un **projet d'accès anonyme et gratuit à la contraception dans des communes rurales** a vu le jour dans la région des Pays de Loire.

Ce projet, mis en place par le MFPPF en association avec plusieurs communes demandeuses, vise à reproduire dans plusieurs zones géographiques éloignées des centres de planification existants les mêmes conditions d'accès –gratuité et anonymat– pour les publics concernés.

Il repose sur :

- des équipes mobiles de conseillères conjugales et familiales pour assurer une permanence hebdomadaire d'information dans des locaux mis à disposition par les communes concernées.
- l'accès gratuit et anonyme à des consultations de contraception assurées à leur cabinet par des médecins libéraux conventionnés par le MFPPF
- la délivrance gratuite et anonyme de la contraception prescrite dans des pharmacies conventionnées par le MFPPF.

Concrètement, les usager(e)s se rendent à la permanence hebdomadaire et voient une conseillère qui leur remet un bon de consultation à utiliser chez l'un des médecins conventionnés lequel établit une prescription contraceptive qui lui sera délivrée gratuitement chez l'un des pharmaciens conventionnés.

L'expérience prévue sur 3 ans bénéficie d'un cofinancement des communes concernées (sous forme de mise à disposition des locaux), des Conseils généraux (subvention et remboursement des frais médicaux sur factures), et d'une aide au démarrage financée par le GRSP⁴⁴.

En 2012, une permanence hebdomadaire a été mise en place à Blain les mercredi entre 12h et 14h. D'autres permanences, dans d'autres communes, devraient être mises en place.

Le « **PASS contraception** » a commencé à être distribué en septembre 2012 par les CPEF de Nantes ainsi que par les infirmières scolaires. Il se présente sous forme de « chéquier » et comprend:

- un coupon pour une première consultation médicale avec un médecin généraliste ou gynécologue ou pédiatre ou sage-femme.
- un coupon pour une prise sang à faire par une infirmière libérale ou un laboratoire de biologie médicale ou un médecin.
- un coupon pour des analyses médicales à faire par un laboratoire de biologie médicale.
- trois coupons de délivrance de contraceptifs par la pharmacie.
- un coupon pour une deuxième consultation médicale.

Le « PASS contraception » a pour objectifs d'encourager les comportements responsables et l'autonomie en limitant les coûts des soins, de favoriser la promotion d'un « bien-être affectif et sexuel », et de poursuivre la prévention des IST, dont le VIH. Ce PASS est destiné aux 15-30 ans.

Conclusion

Une des difficultés du métier de médecin généraliste est de s'adapter au mieux à chaque patient, afin d'établir une relation de confiance dans la durée et une prise en charge optimale, préventive et thérapeutique. Dans le cadre d'une consultation avec un adolescent, il est nécessaire pour le médecin de rappeler à l'adolescent ainsi qu'à ses parents, les conditions légales du secret professionnel qui s'applique aux mineurs, d'organiser un temps de la consultation sans les parents, et d'aborder systématiquement et sans jugement la sexualité et la contraception. Le médecin peut ainsi « prendre soin » des adolescents⁵⁴.

L'actualité de cette rentrée 2012 est riche en matière de contraception et d'IVG, sur le plan national et régional.

En effet, l'Assemblée Nationale a voté au mois d'octobre la gratuité de la contraception pour les 15-18 ans, le remboursement à 100% de l'IVG et la revalorisation des coûts des IVG.

La Région des Pays de la Loire a mis en place en septembre le « PASS contraception » pour les 15-30 ans, et le MFPP a élaboré un projet d'accès anonyme et gratuit à la contraception pour les communes rurales de la région.

Des avancées en matière d'amélioration des soins ont lieu régulièrement concernant la contraception et l'IVG, cependant un thème reste peu étudié. En effet, le retentissement psychologique de l'IVG chez les femmes, mineures ou majeures, apparaît peu dans la littérature médicale.

Bibliographie

- 1 Alvin P, Marcelli D. Medecine de l'adolescent. 2^e édition. Paris : Masson, 2005.
- 2 Lemerle S. Psychologie de l'adolescent. Rev Prat 2005 ; 55 : 1064-1067.
- 3 Organisation Mondiale de la Santé. <http://www.who.int/fr/>
- 4 Conférence biennale sur la santé des jeunes. 29 octobre 2009. Avec la contribution de l'INPES, l'INVS, l'OFDT. Dossier coordonné par la DREES. Santé des jeunes.
- 5 Auvray L. Le Fur P. CREDES. Adolescents : état de santé et recours aux soins. Bulletin d'information en économie de la santé. Numéro 49, mars 2002.
- 6 Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat 2005 ; 55 : 1073-1077.
- 7 Document réservé aux professionnels de santé. Etat des connaissances août 2009. Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent. INPES. Repères pour votre pratique. Document réalisé dans le cadre du plan national santé des jeunes.
- 8 Entre nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Les supports d'appui à la relation: 63-74.
- 9 Stheneur C, Alvin P, Boudaillez B, Gronnier P, Jacquin P, Picherot G, Renondeau J.-Y, Salinier C, de Tournemire R, Lemerle S, les membres de la Com'ado de la Société française de pédiatrie. La première consultation avec un adolescent. Arch Pédiatr 2009 ; 16 : 1309-1312.
- 10 Recommandation pour la pratique clinique. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Paris : Haute Autorité de Santé ; 2005, disponible sur www.has-santé.fr
- 11 Haut Comité de la Santé Publique. La sexualité à l'adolescence. Fondation pour l'enfance, 2000.
- 12 Jeammet P. La dimension psychique de la sexualité des adolescents d'aujourd'hui. Gynecol Obstet Fertil 2005 ; 33 : 624-626.
- 13 Bajos N. Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre. La santé des femmes en France. La Documentation Française, Paris 2010 : 43-53.
- 14 Athéa N. L'entrée dans la sexualité et ses aléas. Arch Pédiatr 2001. 8 : 433-440.

- 15 Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations à l'usage des professionnels de santé. Décembre 2004.
- 16 Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Direction Régionale de la Santé. Contraception : pour une prescription adaptée. Mars 2005.
- 17 Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. La meilleure contraception, c'est celle qu'on choisit. Novembre 2007.
- 18 Robin G. Massart P. Letombe B. La contraception des adolescentes en France en 2007. Gynecol Obstet Fertil 2007 ; 35 : 951-967.
- 19 Alvin P. Contraception chez l'adolescente : le grand paradoxe. Arch Pédiatr 2006. 13 : 329-332.
- 20 Alvin P. Sexualité et grossesse à l'adolescence : entre nature et culture. Rev Prat 2002 ; 52 : 237-239.
- 21 Haute Autorité de Santé. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandations. Décembre 2010.
- 22 Ministère de la Santé et des Sports. Interruption volontaire de grossesse. Dossier-guide. Novembre 2009.
- 23 Ministère de la Santé et des Sports. Interruption volontaire de grossesse hors établissement de santé. Livret d'information à l'intention des médecins. Novembre 2009.
- 24 Ministère de la Santé et des Sports. Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé. Interruption volontaire de grossesse. Version 15/09/09.
- 25 Boghina C, Philippe H-J. Interruption volontaire de grossesse. Rev Prat 2002 ; 52 : 451-458.
- 26 Etudes et résultats. DREES. Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009. 2011.
- 27 Ministère de la Santé. DREES. L'état de santé de la population en France. 2011.
- 28 Nisand I. Comment diminuer le nombre des IVG en France ? Gynecol Obstet Fertil 2003 ; 31 : 499-503.
- 29 Vilain A, Collet M, Moisy M. Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charges. DREES. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique-Rapport 2009-2010 : 51-62.

- 30 Rapport d'activité 2011 du centre Clotilde Vautier.
- 31 Rapport d'activité 2011 du centre Simone Veil.
- 32 Cristina V. Interruption volontaire de grossesse chez la mineure : perception par les adolescentes de la place du médecin traitant dans l'accès à l'IVG et le suivi. Thèse, Rouen, 2009.
- 33 Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Pays de la Loire. Juin 2011.
- 34 Baromètre Santé Jeunes. 15-25 ans. Vie affective et sexuelle, contraception et prévention des infections sexuellement transmissibles. 2010, Pays de la Loire. Observatoire Régional de la Santé des Pays de Loire, janvier 2012.
- 35 Centre d'analyse stratégique. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. La note d'analyse, juin 2011 numéro 226.
- 36 Uzan M. Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. A la demande du directeur général de la santé, Ménar J., Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 20 novembre 1998,65 p. Méthode de sélection.
- 37 Beltzer N, Moreau C, Bajos N. Prévention des grossesses non prévues chez les jeunes en France : pour une double protection des premiers rapports sexuels. Rev Epidemiol Santé Publique 2011, 59 : 15-21.
- 38 Moreau C, Lydié N, Warszawski J, Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. INPES. Bulletin de santé 2005 : 329-353.
- 39 Beltzer N, Bajos N, Bozon M, Andro A, Ferrand M, Goulet V, Laporte A, Leridon H, Le Van C, Levinson S, Prudhomme A, Toulemon L, Razafindratsima N, Warszawski. Préservatifs et premiers rapports sexuels : l'importance du contexte individuel et social. Journées de veille sanitaire 2008. Institut de veille sanitaire.
- 40 INPES. Contraception, interruption volontaire de grossesse et grossesses non désirées. 2010.
- 41 Gallois P, Vallée J-P, Lenoc Y. Contraception d'urgence et interruption volontaire de grossesse. Médecine 2012 ; 8 : 163-168.
- 42 Nisand I, Toulemon L. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. Haut Conseil de la Population et de la Famille 2006, 26 p.
- 43 Bajos N. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. Population , 2004 ; 59 : 479-502.

- 44 Aubin C, Jourdain D. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Rapport de l'IGAS 2009.
- 45 Haut Conseil de la Santé Publique. Consultations de prévention. Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Mars 2009.
- 46 Bajos N, Moreau C, Ferrand M, Bouyer J. Filières d'accès à l'interruption volontaire en France : approches qualitative et quantitative. Rev Epidemiol Sante Publique, 2003, 51 : 631-647.
- 47 Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis trente ans ? Population et Sociétés. n° 407, décembre 2004.
- 48 Bajos N. Leridon H. Goulard H. Oustry P. Job-Spira N. COCON group. Contraception : from accessibility to efficiency. Human Reproduction, 2003. 18 : 994-999.
- 49 Nisand I, Letombe B, Marinopoulos. Et si on parlait de sexe à nos ados ? Paris, O. Jacob 2012.
- 50 Bohl I. Santé de l'enfant et de l'adolescent : prise en charge. Ordre National des Médecins. 2011.
- 51 Direction Générale de la Cohésion Sociale. Direction Générale de l'Offre de Soins. Maison des adolescents. Bilan. Programme. Cahier des charges. 2005-2010. Décembre 2011.
- 52 Cadéac d'Arbaud B. Sexualité de l'adolescent : l'écoute, l'information au téléphone et sur internet. Arch Pédiatr 2010. 17 : 928-929.
- 53 Ministère de la santé et des sports. Instruction du 21 octobre 2010 relative à l'amélioration de la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. Accès des personnes mineures à la contraception.
- 54 Michaud P-A, Alvin P, Deschamps J-P, Frappier J-Y, Marcelli D, Tursz A. La santé des adolescents. Approches, soins, prévention. Editions Payot Lausanne, 1997. P 94-99.

Annexes

ANNEXE 1 Historique législatif de l'IVG et de la contraception en France.

L'avortement a toujours existé avec des perceptions différentes selon les époques et les civilisations.

En France, en 1810, Napoléon inscrit l'avortement dans le Code pénal, article 317, comme un crime passible de la Cour d'Assises.

La loi du 31 juillet 1920 interdit la propagande pour les méthodes anticonceptionnelles, puis en 1923, le Code pénal fait de l'avortement un délit, afin de mieux le poursuivre devant les Cours d'Assises.

Le Code de la famille, 23 juillet 1939, accroît la répression de l'avortement. Une prime à la première naissance est créée, ainsi que des brigades policières spécialisées dans la chasse aux avorteuses. La loi de 1942 considère l'avortement comme un crime contre l'État français, il est passible de la peine de mort.

En 1955, l'avortement thérapeutique est autorisé. Les Etats-Unis mettent au point la pilule anticonceptionnelle.

La fondation du Mouvement français pour le planning familial (MFPPF) est créé en 1956.

Les lois de ces cinquante dernières années ont complètement changé le paysage français en matière de contraception et d'IVG.

La loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967, relative à la régulation des naissances, également appelée Loi NEUWIRTH, autorise la contraception et supprime les dispositions législatives antérieures (1920) qui l'interdisaient.

La loi n° 74 - 1026 du 4 décembre 1974, autorise les centres de planification ou d'éducation familiale à délivrer à titre gratuit et anonyme des contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineures qui désirent garder le secret.

La loi n° 75-17 du 17 janvier 1975, dite loi Veil autorise l'IVG en France et fixe les grands principes régissant sa pratique :

- l'IVG est décidée par la femme enceinte concernée lorsqu'elle estime que sa grossesse la place dans une situation de détresse ;
- l'intervention est soumise à des conditions de délai : elle doit être réalisée avant le fin de la 10^e semaine de grossesse ;
- l'acte est réalisé par un médecin, dans un établissement de santé ;
- le médecin et le personnel concourant à l'intervention disposent d'une clause de conscience : ils ne sont pas obligés de pratiquer l'intervention ;
- la femme doit réaliser des démarches obligatoires destinées à son information et à sa réflexion, préalablement à l'intervention :
 - 2 consultations médicales (un délai de réflexion d'une semaine est prévu entre les 2 consultations)
 - 1 consultation psycho-sociale ;

La loi Veil-Pelletier, en 1979, précise que le consentement de la mineure doit être recueilli en dehors de la présence des parents ou du représentant légal. Elle autorise la réduction du délai de réflexion à deux jours si le terme risque d'être dépassé.

La loi Roudy, en 1982, permet une prise en charge de l'IVG par la Sécurité Sociale à hauteur de 80%.

Décret n° 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale : il précise les missions et les modalités de fonctionnement des centres de planification ou d'éducation familiale.

La loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 ne soumet plus à prescription obligatoire les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence qui ne sont pas susceptibles de présenter un danger pour la santé. Elle autorise la délivrance de la contraception d'urgence aux mineures désirant garder le secret dans les pharmacies. Enfin elle autorise l'administration de la contraception d'urgence par les infirmières, aux élèves mineures et majeures des collèges et lycées, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée. Dans ce cas, les infirmières s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 modernise la loi de 1975, en tenant compte des évolutions tant médicales que sociales mais ne remet aucunement en cause ses grands principes :

- le délai de recours à l'IVG est allongé : il est porté à 12 semaines de grossesse. Cette disposition facilite l'accès des femmes à l'IVG et aligne la législation française sur celle de la plupart des pays européens ;
- la loi prévoit la possibilité de pratiquer des IVG en médecine de ville ;
- les mineures peuvent avoir accès à l'IVG sans autorisation parentale : l'autorisation parentale demeure la règle, toutefois l'IVG des mineures pour lesquelles le consentement parental n'a pas pu être recueilli peut être réalisée. Dans ces situations, la mineure choisit un adulte majeur pour l'accompagner dans ses démarches. Le médecin est habilité par la loi à réaliser l'ensemble des actes relatifs à l'intervention, notamment l'anesthésie ;
- les conditions de recours aux consultations psycho-sociales sont modifiées :
 - . une consultation psycho-sociale préalable est proposée à toutes les femmes. Toutefois, le caractère obligatoire de cette consultation est supprimé pour les femmes majeures, mais maintenu pour les mineures ;
 - . une 2^e consultation psycho-sociale est proposée à toutes les femmes après l'intervention.

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

Le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002, modifié par le décret 2004-636 du 1er juillet 2004 : la pratique des IVG hors établissements de santé :

La loi du 4 juillet 2001 autorise les praticiens à réaliser des IVG en médecine de ville dans le cadre d'une convention conclue avec un établissement de santé.

- La technique : seules des IVG par voie médicamenteuse peuvent être pratiquées dans le cadre de ce dispositif (jusqu' à 5 semaines de grossesse, soit 7 SA).

L'ensemble des règles et des démarches relatives à l'IVG s'applique à ce nouveau dispositif.

- Une pratique des IVG encadrée : les médecins acceptant de réaliser des IVG médicamenteuses dans le cadre de ce dispositif passent une convention avec un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG (établissement disposant d'un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie).

- La qualification des médecins : les médecins justifiant d'une expérience professionnelle adaptée peuvent pratiquer ces IVG:

- par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique,
- par une pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé attestée par le directeur de cet établissement.

- Les médicaments : le médecin s'approvisionne en médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG, par commande à usage professionnel auprès de la pharmacie d'officine de son choix.

- La prise des médicaments : la prise des médicaments par la femme est effectuée en présence du médecin lors des consultations.

- Le suivi de l'IVG : le suivi de l'IVG doit être réalisé conformément aux recommandations de la HAS relatives à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse.

En particulier, le médecin précise par écrit à la femme le protocole à respecter pour la réalisation de l'IVG médicamenteuse et remet à la femme une fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical. Ce document est remis par la femme au médecin de l'établissement de santé lors d'une éventuelle admission.

- L'établissement : il s'engage à accueillir la femme à tout moment et quel que soit le motif.

Il assure un rôle d'information et de formation des médecins de ville concernés par le dispositif.

Décret n° 2002-797 du 3 mai 2002 : la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements de santé.

Les établissements publics qui disposent de lits ou de places autorisés en gynécologie obstétrique ou en chirurgie ne peuvent refuser de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse. Ils comportent un centre de planification ou d'éducation familiale ou passent une convention avec un centre. Pour pratiquer des IVG, les établissements privés doivent disposer de lits ou de places autorisés en gynécologie obstétrique ou en chirurgie. Ils passent une convention avec un centre de planification ou d'éducation familiale.

Décret n° 2002-799 du 3 mai 2002 : La prise en charge financière de l'IVG des mineures pour lesquelles le consentement parental n'a pas été recueilli.

Le décret fixe les modalités de prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures lorsque que le consentement parental à l'intervention n'a pas pu être recueilli.

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique fixe des objectifs quantifiés susceptibles d'être atteints dans les 5 prochaines années : l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours ; la réduction de 30% des IVG chez les 12-18 ans, la diminution des IVG itératives.

ANNEXE 2 Questionnaire

Mademoiselle,

Je suis jeune médecin généraliste et afin de valider mon cursus universitaire, je travaille sur un sujet de thèse concernant la place du médecin traitant dans l'Interruption Volontaire de Grossesse (I.V.G) chez les adolescentes.

Pour mener à bien ce travail, j'ai besoin de votre avis au travers d'un questionnaire qui vous est destiné si vous avez **moins de 18 ans** et que vous demandez une I.V.G. Ce questionnaire est strictement **anonyme** et aucune donnée ne sera exploitée à titre individuelle ni conservée dans votre dossier médical. N'inscrivez pas votre nom sur le questionnaire.

Après l'avoir rempli, vous pourrez le redonner à l'infirmière, sage-femme, médecin ou conseillère qui vous l'a remis de ma part, dans l'enveloppe ci-jointe.

Je vous remercie par avance pour votre coopération et me tiens à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Lucie GRIGNON
luciegrignon@hotmail.fr

QUESTIONNAIRE ANONYME

IVG = interruption volontaire de grossesse = avortement

I. VOTRE SITUATION PERSONNELLE

1. Votre âge : __ _ ans

2. Votre situation scolaire ou professionnelle :

- collégienne ou lycéenne étudiante
 en recherche d'emploi vous travaillez
 sans activité autre :

3. Votre situation personnelle :

- vous êtes mariée/pacsée vous n'avez pas de compagnon
 vous avez un compagnon : depuis quand êtes-vous ensemble ?

4. Où vivez-vous ?

- chez vos parents : vos 2 parents votre père votre mère
 seule avec votre compagnon
 dans un foyer autre :

5. Vous habitez : en ville à la campagne

II. VOTRE MÉDECIN TRAITANT

1. Avez-vous un médecin traitant ? oui non

C'est : un homme une femme

2. Depuis combien d'années vous suit-il ?

- moins d'1 an entre 1 et 5 ans
 depuis plus de 5 ans depuis votre naissance

3. Avez-vous le même médecin traitant que vos parents ?
 oui non

- Si oui : - craignez-vous qu'il ne révèle à vos parents des informations qui vous concernent ? oui non

- pensez-vous que vous pourriez parler plus librement s'il ne connaissait pas vos parents ? oui non

4. Êtes-vous habituellement accompagnée de l'un de vos parents lorsque vous le consultez ? oui non

III. VOTRE CONTRACEPTION

1. A quel âge avez-vous eu votre 1er rapport sexuel ? __ ans

2. Avez-vous un suivi gynécologique ? (= consultez-vous un médecin pour avoir un examen gynécologique, faire les frottis et éventuellement avoir une prescription de contraception ?) oui non

- Si oui : qui assure ce suivi ?

votre médecin traitant un centre de planification familiale
 votre gynécologue autre :

3. Avez-vous des enfants ? oui : combien ? non

Avez-vous déjà subi une IVG ? oui : combien ? non

4. Avant cette grossesse, quelle(s) contraception(s) utilisiez-vous ? pas de contraception préservatif

pilule pilule du lendemain stérilet

autre méthode (précisez) :

5. Si vous ne prenez pas la pilule: Pour quelle(s) raison(s)?

vous n'avez pas de rapports réguliers

vous avez peur que vos parents le sachent

vous ne savez pas où vous procurer la pilule

vous avez peur d'effets secondaires de la pilule, peur de grossir,...

vous avez peur d'avoir un examen gynécologique

autre (précisez) :

- En avez-vous déjà parlé à votre médecin traitant ? oui non

6. Si vous prenez la pilule :

- Qui a fait la prescription la première fois ?

votre médecin traitant un centre de planification familiale

un gynécologue autre :

- Qui renouvelle habituellement votre pilule ?

votre médecin traitant un centre de planification familiale

un gynécologue autre :

- L'un de vos parents sait-il que vous prenez la pilule ? oui non

IV. LA DEMANDE D'IVG

1. Comment avez-vous découvert que vous étiez enceinte ?

vous n'avez plus vos règles

vous avez des nausées ou des vomissements, mal dans les seins.

vous avez fait un test de grossesse urinaire

c'est votre médecin traitant qui a fait le diagnostic

autre :

2. Quelle(s) personne(s) sont au courant de la demande d'IVG ? Entourez la personne qui vous accompagne dans les démarches d'IVG.

- vous n'en avez parlé à personne votre médecin traitant
 votre mère votre père votre compagnon un(e) ami(e)
 autre (précisez) :

3. Qui avez-vous consulté en premier lorsque vous avez décidé de pratiquer une IVG ?

- Votre médecin traitant Un centre de planification familiale
 Un gynécologue autre :
- S'il ne s'agissait pas de votre médecin traitant, pourquoi ?
.....

4. Qui a prescrit l'échographie ?

- Votre médecin traitant Le centre de planification familiale
 Un gynécologue autre :

5. Comment êtes-vous entré en contact avec le centre de planification familiale ou le centre d'IVG ?

- vous y êtes allé de vous-même.
 votre médecin a pris le rendez-vous pour vous.
 votre médecin vous a donné le numéro de téléphone du centre.
 autre :

6. Les démarches pour recourir à une IVG vous ont-elles paru simples ? oui non

- Si non : quelle(s) difficulté(s) avez-vous rencontré ?.....
.....

7. Vous allez avoir une IVG :

- I.V.G. médicamenteuse : avec hospitalisation sans hospitalisation
 I.V.G. par méthode chirurgicale

8. Savez-vous que certains médecins généralistes peuvent pratiquer l'IVG médicamenteuse au cabinet? oui non

- Si oui : savez-vous si votre médecin traitant le pratique ?

- Vous ne savez pas Il ne pratique pas d'IVG
 Il pratique des IVG et vous faites appel à lui pour cette grossesse
 Il pratique des IVG mais vous ne souhaitez pas qu'il s'en occupe pour cette grossesse

- Si vous aviez pu, auriez-vous préféré faire l'IVG au cabinet de votre médecin traitant (sans hospitalisation) ? oui non

V. APRÈS L'IVG

1. Quelle contraception vous a-t-on prescrit ?

- pilule implant contraceptif (IMPLANON*) stérilet
 autre méthode

(précisez) :

- S'il s'agit de la pilule : qui la renouvellera ?

- votre médecin traitant un centre de planification familiale
 votre gynécologue autre :

2. Avez-vous prévu d'aller voir votre médecin traitant après l'IVG?

- oui non

3. Pensez-vous informer votre médecin traitant que vous avez eu une IVG ?

- oui non

4. Pensez-vous que vous aurez besoin d'aide ou de soutien après l'IVG?

- oui non

5. Quelle(s) personne(s) pourront vous aider selon vous ?

- Votre mère Votre compagnon Un(e) ami(e)
 Votre père Votre médecin traitant Votre gynécologue
 Le centre de planification L'infirmière scolaire
 Autre(s) personne(s) :

6. Pensez-vous que ce soit le rôle de votre médecin traitant ?

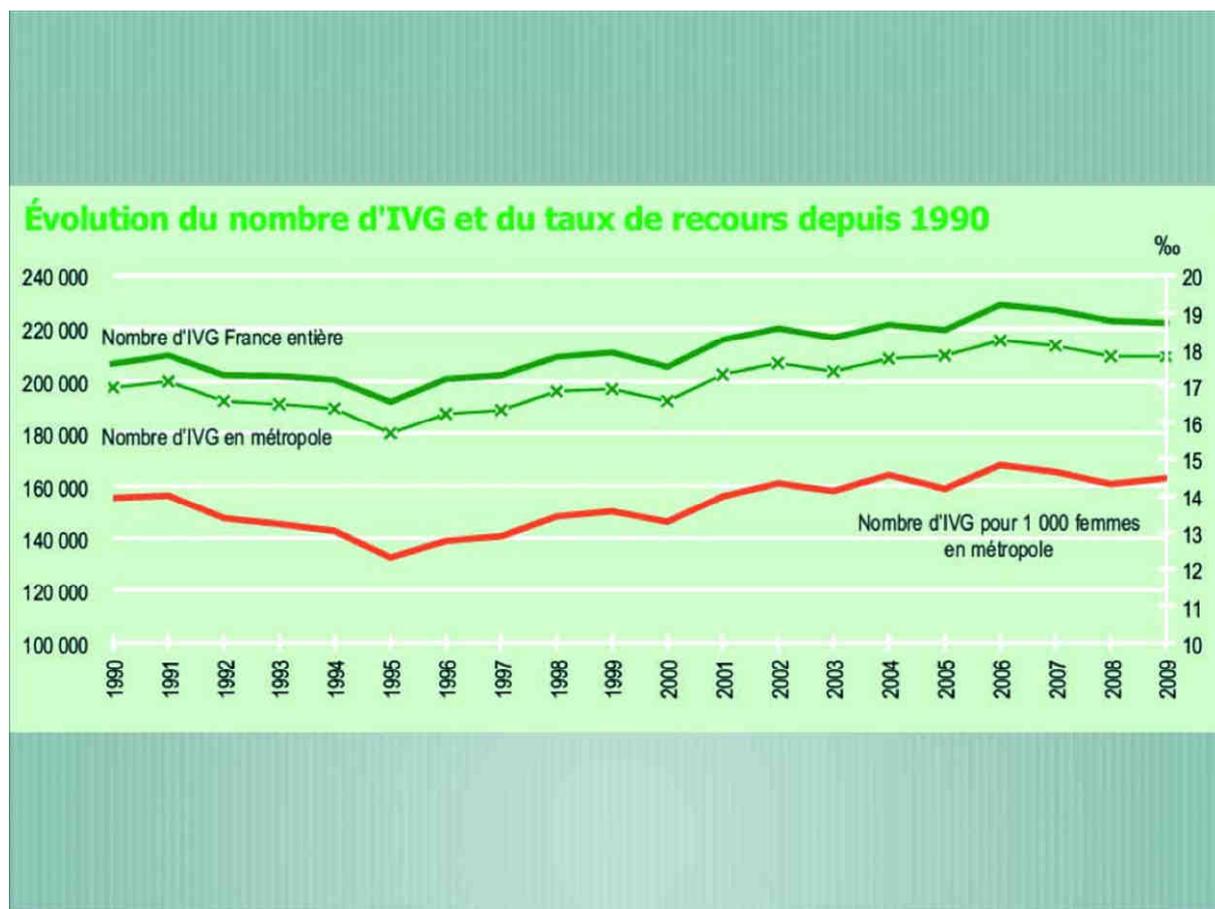
- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Vous informer sur les méthodes de contraception | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Vous prescrire une contraception (ex : pilule) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Assurer votre suivi gynécologique | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Vous orienter vers un centre pratiquant les IVG | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Pratiquer des IVG médicamenteuses au cabinet | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Vous aider et vous soutenir après une IVG | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Merci pour votre aide.

ANNEXE 3 IVG : quelques données chiffrées.

a. Au niveau national.

Le nombre d'IVG est relativement stable en métropole depuis les années 1990 (autour de 200000 par an). Ce nombre a légèrement augmenté depuis les années 2000, puis s'est stabilisé depuis 2007, autour de 210000 IVG par an en France métropolitaine. Les IVG chez les plus jeunes sont en très légère baisse après avoir progressées jusqu'en 2005-2006. Le nombre de femmes mineures et très jeunes concernées par une IVG n'augmente plus depuis quelques années: 11670 IVG en 2009.



Nombre d'IVG et taux de recours selon l'âge

	1990	1999	2006*	2008	2009
Total IVG	197 406	196 885	215 390	209 245	209 269
Répartition par groupe d'âge					
15-19 ans	22 987	26 563	31 093	29 623	29 004
<i>dont 15-17 ans</i>	8 751	9 642	12 855	11 930	11 670
<i>dont 18-19 ans</i>	14 236	16 922	18 238	17 693	17 334
20-24 ans	46 134	45 111	53 411	52 154	52 360
25-29 ans	46 826	44 029	45 838	46 275	46 237
30-34 ans	40 262	38 088	39 261	36 617	36 351
35-39 ans	28 320	29 057	30 268	29 529	30 125
40-44 ans	11 612	12 337	13 224	12 754	12 805
45-49 ans	922	1 111	1 265	1 290	1 408
15-49 ans	197 063	196 295	214 361	208 242	208 290
Taux de recours (pour 1 000 femmes dans chaque groupe d'âge)					
15-19 ans	10,9	13,8	15,8	15,3	15,2
<i>dont 15-17 ans</i>	7,0	8,9	11,0	10,4	10,4
<i>dont 18-19 ans</i>	16,4	21,9	22,9	22,3	22,0
20-24 ans	21,8	24,4	27,3	26,7	26,7
25-29 ans	21,7	20,8	24,1	23,5	23,4
30-34 ans	18,8	17,7	18,7	18,5	18,8
35-39 ans	13,2	13,3	13,9	13,4	13,6
40-44 ans	5,7	5,8	5,9	5,7	5,8
45-49 ans	0,7	0,5	0,6	0,6	0,6
15-49 ans	14,0	13,6	14,8	14,4	14,5

* La mise à jour des estimations localisées de population (ELP) de l'INSEE explique les différences avec les chiffres publiés dans la précédente édition.

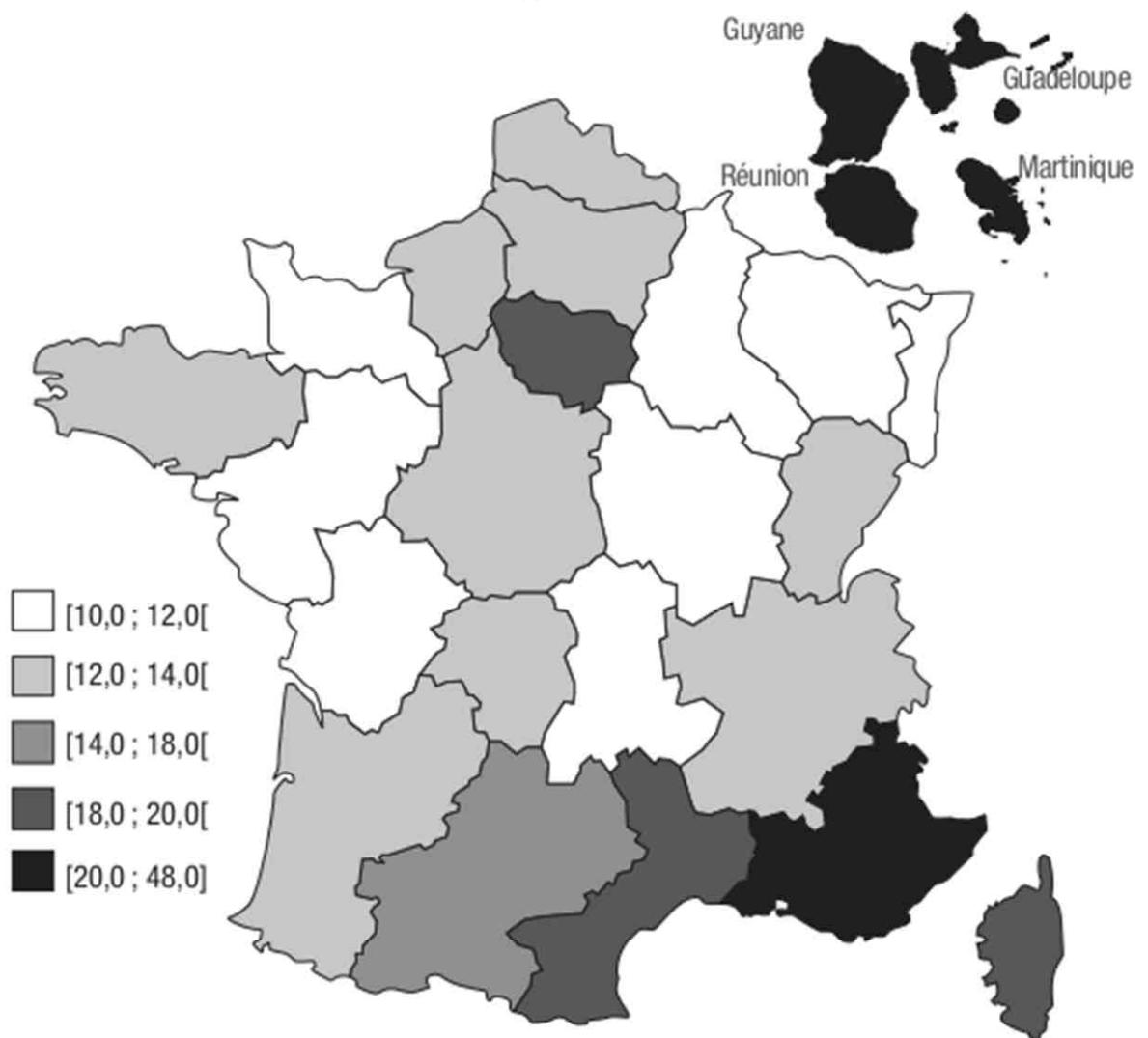
Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES (SAE, PMSI), INSEE (ELP).

b. Au niveau régional.

Le recours à l'IVG varie du simple au double d'une région à l'autre : il est de 11 IVG pour mille femmes dans les Pays de la Loire. C'est l'une des trois régions avec le taux le plus bas d'IVG.

CARTE 1 • Taux d'IVG* selon la région en 2007



* Taux pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).

Sources : DREES (SAE-PMSI), INSEE, CNAMTS.

c. A Nantes.

En 2011, 2549 IVG ont été réalisées à Nantes: 682 IVG pour le centre Clotilde Vautier, chiffre stable depuis l'ouverture du centre, et 1867 IVG pour le centre Simone Veil, chiffre en diminution depuis 2001 (2090 IVG). Le nombre d'IVG chez les mineures reste faible : 4,3% des IVG.

GRIGNON Lucie

Titre de Thèse :

La place du médecin traitant dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse chez les mineures. Etude transversale dans deux centres de planification et d'éducation familiale, à Nantes, de décembre 2011 à juin 2012.

RESUME:

Introduction: Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez les mineures s'est stabilisé depuis quelques années, mais il reste encore des obstacles à une contraception efficace chez l'adolescente. Comment le médecin généraliste peut-il réduire le nombre d'IVG chez la jeune fille mineure ?

Méthode: Le choix s'est porté sur une enquête quantitative par auto-questionnaires auprès des femmes mineures faisant une demande d'IVG dans les deux centres d'IVG de Nantes.

Résultats : Il apparaît que les femmes mineures sollicitent peu leur médecin traitant dans le parcours d'IVG, par manque de confiance –leur médecin étant également le médecin de la famille-, et par méconnaissance des champs d'action du médecin généraliste.

Discussion : Le médecin généraliste doit pouvoir adapter sa consultation avec une adolescente : rappel du secret professionnel, aménagement d'un temps seul avec l'adolescente, nécessité d'aborder systématiquement et sans jugement la sexualité et la contraception.

Une meilleure information dans les établissements scolaires, une amélioration de la formation des médecins généralistes, un accès à une contraception anonyme et gratuite pour les mineures sont les garants d'une contraception efficace chez les adolescentes.

MOTS-CLES

Interruption volontaire de grossesse, contraception, sexualité, adolescence, mineures, enquête quantitative.