



Autorité parentale et sexualité des adolescents

Parler de sexualité avec les adolescents ne peut se concevoir sans la garantie fondamentale du droit à la confidentialité. Si en France, ce droit est bien garanti aux mineurs par la déontologie, il entre souvent en conflit avec les dispositions relatives à l'exercice de l'autorité parentale. Aux USA la jurisprudence sur la protection de la vie privée prévoyait la protection des mineures pour l'accès aux moyens contraceptifs. Mais récemment certains états fédéraux ont introduit des propositions de loi tendant à exiger une information écrite des parents pour obtenir une prescription de contraceptifs, propositions entrant dans la tendance actuelle de renforcement du rôle des parents dans l'éducation. Quelles répercussions pourraient avoir de telles mesures sur le comportement sexuel et la santé des jeunes ? Deux enquêtes menées aux USA dans des Centres de Planification Familiale (CPEF) apportent des éléments de réponse ¹.

La 1^{ère} enquête, en 1999 dans 33 CPEF du Wisconsin, a concerné 1118 jeunes ayant une activité sexuelle. Un questionnaire interrogeait sur les conséquences en cas d'obligation d'informer les parents. Sur 950 réponses, 86% souhaitaient la confidentialité pour l'ensemble des services relatifs à la sexualité; 14% pour certains services seulement. En cas d'obligation d'information des patients, 47% cesseraient d'utiliser les CPEF, 12% différeraient tests de grossesse, traitements de MST ou divers soins concernant la sexualité. Il n'y avait pas de différence notable selon le milieu urbain ou rural, l'origine ethnique. Les filles de 17 ans seraient moins portées à cesser d'utiliser les services des CPEF que les plus jeunes.

La 2^{ème} enquête, en 2001 dans 3 CPEF de la ville de Milwaukee, a concerné 256 jeunes. Le questionnaire interrogeait également les répercussions sur les pratiques sexuelles en cas d'obligation d'informer les parents de la demande de contraception. Sur 230 réponses, 48% n'auraient plus recours aux CPEF. 57% à défaut de pilule utiliseraient des préservatifs, (mais pas systématiquement pour 14 % d'entre elles), 29% pratiqueraient la méthode du retrait, 29% auraient des relations sexuelles sans protection, 1% cesserait d'avoir des relations sexuelles mais aurait recours à d'autres pratiques sexuelles (oral sex). Aucune ne pratiquerait de méthode de calcul cyclique.

Ainsi, l'obligation d'accord parental pour l'obtention de contraceptifs entraverait l'accès des mineures aux CPEF pour ce qui concerne la sexualité, avec risque d'extension des MST et sans doute des IVG.

Ces études ont deux limites. D'abord une population sélectionnée, celle de CPEF; cependant les résultats sont voisins cependant de ceux d'enquêtes menées en milieu scolaire². Ensuite études menées aux USA; les résultats seraient-ils les mêmes ailleurs ? Aux Pays Bas, où la contraception est d'accès facile, largement encouragée et où est prônée l'utilisation simultanée du préservatif et de la pilule, " la double dutch", l'incidence des IVG est de 5,2 ‰ femmes de 15 à 49 ans, contre 17,8 aux USA et 11,2 en France ³ dont 5% chez les adolescentes ⁴. En France, avant 17 ans, une grossesse sur deux se termine par une IVG contre une sur cinq tous âges confondus ⁵. L'abandon de la pilule au profit du préservatif pourrait aggraver ces chiffres.

La législation française est ambiguë. Dans la loi de 2001 sur l'IVG " *Le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requis pour la prescription ou la délivrance de contraceptifs aux mineures* ".⁶ Dans la loi de 2002 sur l'information du patient: " *le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à la consultation de l'autorité parentale. En cas d'opposition, "le médecin peut mettre en œuvre le traitement" ... "dans ce cas le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix"* ⁷. Ainsi il apparaît que tout médecin peut prescrire une contraception à une mineure en l'absence de tout accord parental. Mais en pratique libérale, à l'inverse des CPEF, cette confidentialité reste limitée par des soucis matériels: le coût de la consultation, des examens biologiques du médicament, mais surtout les conditions du remboursement des frais qui aboutit sur le relevé sécurité sociale des parents.

Le médecin conciliera sa réponse à la demande avec son rôle d'éducateur de santé et de personne "ayant autorité". Il peut aussi conseiller le CPEF assurant l'anonymat, la gratuité des examens et du contraceptif. ⁸

1- Reddy DM, Flemming R, Swain C. Effect of Mandatory Parental Notification on Adolescent Girls' Use of Sexual Health Care Services. JAMA 2002; 288: 6: 710-4

2- Ford CA, English A. Limiting confidentiality of adolescent health service. What are the risks? JAMA, 2002, 288, 752-3

3- Source: Evolution démographique récente en Europe. Conseil de l'Europe 1997

4- Uzan M. Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées des adolescentes. Décembre 1998 www.sante.gouv.fr

5- INED. Les statistiques de l'IVG en France. 1997.

6- Loi 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JO n° 156 du 7 juillet 2001 ; 10823.

7- Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Art L. 1111-5

8- Code de la santé publique, art. L 2311-4. Loi n° 74 -1026 du 04.12.1974.

Mots-clé: contraception, adolescent, confidentialité, autorité parentale, réglementation

Numéro 274 du 19 septembre 2002

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>