

Interruption volontaire de grossesse à l'adolescence

Mots clés :
Adolescent
Contraception
IVG

La plupart des grossesses survenant chez les adolescentes sont imprévues. La décision d'interruption volontaire de grossesse (IVG) est fortement corrélée à l'âge ou aux conditions de vie de l'adolescente¹. Sur l'ensemble des IVG, environ 6% concernent des mineures aux USA, 9,5% en Grande Bretagne, 15% en France^{1,2}, soit en 2007 (dernières statistiques françaises publiées²) 12 560 chez les 15-17 ans et 850 chez les moins de 15 ans. Le taux global (13,2/1000 mineures), un peu plus faible que pour l'ensemble des femmes (15,2), variait alors de 9 en Pays de Loire à 32 dans les départements d'outre-mer. Après une progression régulière jusqu'en 2006, il semble se stabiliser², voire diminuer (11 670 IVG de mineures en 2009)³ ; les questions d'accessibilité et de responsabilité semblent au moins partiellement résolues⁴. Une étude de cohorte finlandaise¹ apporte des données rassurantes sur l'IVG médicamenteuse chez les adolescentes.

L'accès des mineures à l'IVG a été facilité

L'autorisation parentale est toujours la règle, avec possibilité de déroger (loi 2001) pour les situations de détresse, d'isolement ou de dialogue impossible. Le médecin doit cependant s'efforcer de convaincre l'adolescente de consulter ses parents. A défaut, elle doit être accompagnée dans sa démarche par une personne majeure de son choix. Le nombre de mineures ayant recours à l'IVG hors autorisation parentale est inconnu (chiffres estimés variant du 1/3 à la quasi-totalité, sans corrélation avec des critères territoriaux ou populationnels⁴). Les consultations psycho-sociales restent obligatoires, de nature variable selon les professionnels qui les assurent, un peu au gré des possibilités locales. L'IVG est intégralement prise en charge par l'assurance maladie. La plupart des professionnels rencontrés par l'IGAS soulignent que la législation actuelle a permis de mieux gérer les situations délicates, notamment de conflits familiaux, malgré quelques dysfonctionnements ou maladresses.

La question de la responsabilité des professionnels

La responsabilité du médecin n'est pas engagée si l'ensemble des conditions légales est remplie⁴. Une anesthésie peut être pratiquée si nécessaire sans le consentement des parents. Le Ministère insiste cependant sur la nécessité de pouvoir prouver qu'il y a eu discussion avec l'adolescente pour tenter de la convaincre de consulter ses parents. S'il y a suspicion sur la personne accompagnante, le recours à une procédure de signalement (conseil général ou procureur) est nécessaire.

Que conclure pour notre pratique ?

L'accès des mineures à l'IVG a été facilité dans les textes et dans les faits. Malgré quelques maladresses ou dysfonctionnements, la législation actuelle a permis de mieux gérer les situations difficiles de conflits familiaux.

La question de la responsabilité des professionnels de santé concernés a pu susciter quelques craintes lorsqu'il n'y a pas de consentement parental. Comme pour de nombreux actes médicaux, il est essentiel de garder dans le dossier de l'adolescente la trace écrite du contenu de l'entretien.

Rappelons les 2 points clés de la prévention des IVG chez ces très jeunes femmes : l'information sur les possibilités de rattrapage, leur efficacité et les conditions d'accès en cas de rapport non ou mal protégé et la mise en route d'une contraception régulière efficace dès qu'elle est nécessaire, dans les meilleures conditions possibles pour cette première contraception (*Bibliomed 635*).

IVG chirurgicale ou médicamenteuse ?

On sait depuis des décennies que l'IVG chirurgicale est plutôt plus sûre chez les très jeunes femmes que chez les adultes. Sa mortalité est évaluée à 1/100 000⁵. La mortalité de l'IVG médicamenteuse est identique, mais peu d'études ont évalué les risques de morbidité de l'IVG médicamenteuse chez l'adolescente. L'étude rétrospective finlandaise analyse les données du registre des IVG de Finlande, soit une cohorte de 27 000 femmes dont 3 000 adolescentes entre 2000 et 2006¹. La législation finlandaise permet une IVG jusqu'à 20 semaines de grossesse. Celle-ci est réalisée par une prise unique de 200 mg de mifépristone, suivie ou non 1 ou 2 jours après de misoprostol. Le taux d'effets indésirables (aucun effet majeur) a été équivalent ou moindre chez les adolescentes : moins d'hémorragies (*odds ratio* OR 0,87 ; 0,77-0,99), d'avortements incomplets (0,69 ; 0,59-0,82), de curetages évacuateurs (0,78 ; 0,67-0,90) ; résultats analogues dans le sous-groupe des primipares. En régression logistique, la durée de la gestation était le principal facteur de risque pour les infections, les avortements incomplets et les curetages. L'IGAS⁴ souligne que la technique de l'IVG médicamenteuse, dont on ne connaît pas le taux en France pour les mineures, est parfois plus délicate à administrer en l'absence d'autorisation parentale. Le risque d'effets indésirables, les éventuelles procédures de rappel pour la visite de contrôle, rendent difficiles le respect de l'anonymat et de la confidentialité.

Références

- 1- Niinimäki M. Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: population register based study. *BMJ*. 2011;342:d2111.
- 2- Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2007. DREES. *Études et résultats*. 2009;713.
- 3- AFP/DREES. Le nombre d'avortements se stabilise en France. 22 juin 2011.
- 4- Aubin C et al. La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. *Rapport IGAS* octobre 2009.
- 5- Grimes DA et al. Medical abortions for adolescent. *BMJ* 2011;342:d2185.