

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Blanc*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—

**Volume 2003
publié le 27.11.2003**



*VINGT-SEPTIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2003*

Interruption volontaire de grossesse à l'adolescence

PH. FAUCHER*
(Paris)

Si la grossesse aux âges jeunes n'est pas un phénomène inédit en soi, les récentes évolutions sociales et culturelles ont contribué à le rendre statistiquement marginal et à le faire émerger comme un problème social nouveau. Bien que le phénomène des grossesses survenant chez les adolescentes soit peu développé en France, il mobilise cependant beaucoup les pouvoirs publics et les professionnels. Contrairement aux données disponibles sur cette question, la survenue d'une grossesse à l'adolescence est souvent présentée comme un fait préoccupant, notamment parce que la majorité de ces grossesses se terminent par une interruption volontaire de grossesse (IVG). L'augmentation du nombre des IVG chez les mineures est souvent relevée ; les données épidémiologiques sont donc précisées en premier lieu. La nécessité d'une autorisation parentale pour avorter rendait parfois les démarches difficiles ; la modification récente de la loi sur l'IVG conduit à rapporter les changements concernant la situation des mineures. Bien souvent la survenue d'une IVG est interprétée comme un « échec de la prévention » en stigmatisant l'incapacité de gérer un « devoir contraceptif » particulièrement pesant à l'adolescence ;

* Service de gynécologie obstétrique
Hôpital Bichat (Paris)

les choses ne sont malheureusement pas si simples et un tour d'horizon des facteurs psychologiques et sociaux impliqués dans la survenue d'une IVG à cette période de la vie s'impose. Enfin les éventuelles particularités techniques de l'avortement chez les jeunes filles sont discutées.

A. ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES (4)

Le nombre d'IVG pratiquées sur des mineures est assez délicat à évaluer en 2003, les systèmes d'information actuels ne comportant pas cette information et la DREES ne disposant pas de chiffres fiables. Par ailleurs cette dernière analyse des bulletins statistiques remplis théoriquement lors de chaque IVG date de 1997 (2). Toutefois, une extrapolation des données laisse penser qu'il y aurait environ 10 000 grossesses non désirées par an chez les mineures, qui donneraient lieu à 6 700 IVG dont 5 à 10 % sans consentement parental.

Chez les adolescentes, l'évolution entre 1980 et 1997 du nombre d'avortements provoqués n'a pas suivi la baisse spectaculaire du nombre des naissances vivantes (Tableau I). Le nombre de naissances vivantes issues de mères mineures au moment de l'accouchement est ainsi passé de 10 614 en 1980 à 4 170 en 1997.

Tableau I

Évolution du nombre d'avortements provoqués, de naissances vivantes et de conceptions chez les mineures

	1980	1990	1997
Nombre d'avortements de femmes mineures			
– au moment de la déclaration (a)	10 096	8 317	9 022
– au moment de la conception (corrigés du sous-enregistrement)	17 622	12 734	13 694
Naissances vivantes issues de femmes mineures			
– au moment de l'accouchement (b)	10 614	5 357	4 170
– au moment de la conception	16 939	8 520	6 356
Nombre de conceptions de femmes mineures (a)+(b)	20 710	13 674	13 192

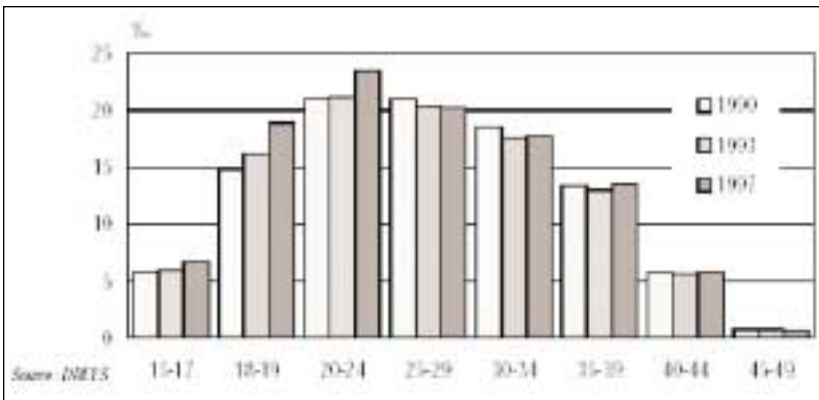
IVG CHEZ L'ADOLESCENTE

Par contre, le système d'enregistrement obligatoire des IVG relève une hausse des taux d'avortements d'environ 2,8 % par an depuis 1989, après une première phase de décroissance dans les années 80. Deux périodes distinctes se dégagent ainsi de cette analyse rétrospective : celle des années 80, où à la fois les taux d'avortement, les taux de fécondité et les taux de conception ont décliné ; celle des années postérieures à 1990, où la baisse continue des taux de fécondité s'accompagne d'une hausse des taux d'IVG, la proportion d'adolescentes entamant une grossesse s'étant stabilisée par ailleurs. Entre 1990 et 1997, le taux d'IVG des 18-19 ans est celui qui a le plus progressé, passant de 15 p 1000 à 19 p 1000 ; cette évolution du taux d'IVG concerne également les 15-18 ans mais dans une moindre mesure : 6 p 1000 en 1990 → 7 p 1000 en 1997 (figure 1). Cette augmentation récente des taux d'IVG ne permet pas à elle seule de remettre en question l'impact de la contraception chez les mineures car elle est en partie due à des changements d'ordre socio-culturel. Ceux-ci conduisent les jeunes filles à interrompre une grossesse imprévue et trop précoce dans deux tiers des cas aujourd'hui contre un tiers en 1980.

LE POINT EN EUROPE

D'une manière générale les taux d'IVG chez les jeunes femmes restent de faible ampleur et, parmi les pays occidentaux, la France, qui se situe au même niveau que la Suède, est beaucoup moins

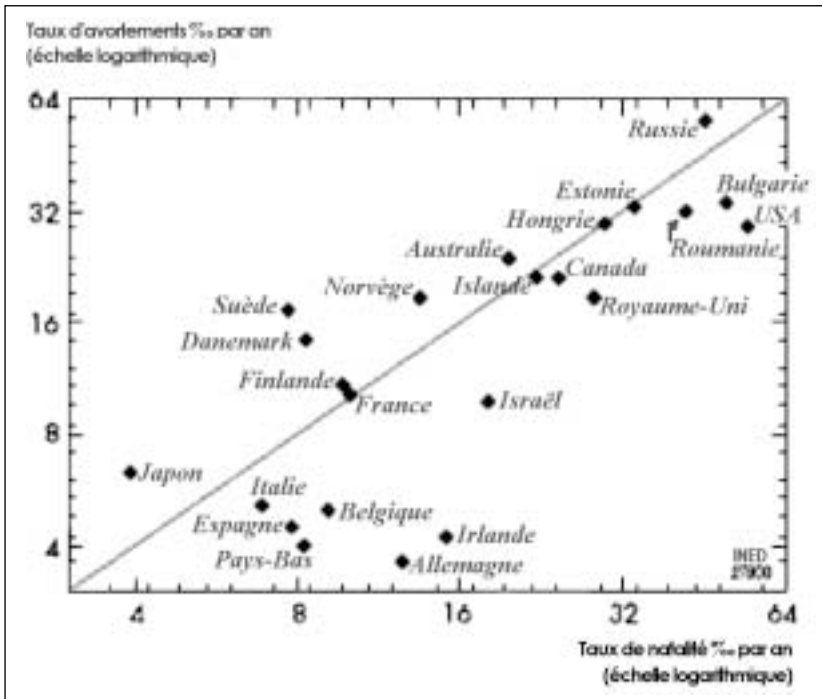
Figure 1
Taux d'IVG pour 100 femmes âgées de 15 à 49 ans



concernée par le phénomène des grossesses adolescentes que l'Angleterre ou les États-Unis. La figure 2 illustre une étude internationale récente sur les taux de natalité et d'avortements parmi les adolescentes âgées de 15 à 19 ans dans les pays où les statistiques sont disponibles (10). Les pays qui ont à la fois une forte natalité et un taux d'avortements élevé des adolescentes sont situés en haut et à droite du graphique ; on y trouve les anciens pays du bloc de l'Est mais également les États-Unis d'Amérique. À l'opposé, les pays du sud de l'Europe comme l'Italie et l'Espagne ont à la fois une natalité et des taux d'avortements bas. Mais ce sont aussi les pays où les taux de fécondité à tous les âges sont parmi les plus bas du monde. Les pays anglo-saxons ont des taux plus élevés que les pays d'Europe du Nord. Aux Pays-Bas, la fécondité générale n'est pas trop éloignée du seuil de remplacement des générations

Figure 2

Taux de natalité et d'avortements par pays chez les adolescentes



mais les conceptions d'adolescentes sont très basses, et les taux d'avortement encore plus bas. Dans ce schéma, la France occupe une position intermédiaire entre les pays du Sud et du Nord avec des taux d'avortement et de natalité de l'ordre du double de ceux des Pays-Bas. Ce constat reste valable en prenant en compte le sous-enregistrement des IVG (l'ampleur du sous-enregistrement est mal connue, peut-être de l'ordre de 20 % à 30 %, mais elle n'a vraisemblablement pas varié depuis 1980).

B. ASPECTS LÉGISLATIFS

Pour tenir compte des difficultés des mineures dans l'impossibilité de recueillir le consentement de leurs parents ou qui sont confrontées à une incompréhension familiale telle qu'elles souhaitent garder le secret, la loi du 4 juillet 2001 aménage leur droit à l'interruption volontaire de grossesse.

La consultation sociale (art. 5,I, al. 2)

Après la première consultation médicale, les mineures non émancipées doivent obligatoirement, contrairement aux femmes majeures, se soumettre à une consultation sociale préalable dont le déroulement est identique à celui des majeures (*Code de la Santé Publique art L.2212-4, al. 2 modifié*). À son issue, l'organisme compétent doit leur délivrer une attestation de consultation. Si une jeune fille souhaite garder sa grossesse secrète à l'égard de ses parents, elle devra être conseillée sur le choix de la personne majeure susceptible de l'accompagner dans sa démarche.

L'autorisation parentale (art. 7, al. 1 à 3)

Le droit civil prévoit que le mineur se peut exercer lui-même les droits qu'il a sur son corps en raison de son incapacité juridique (*code civil, art. 371-2*). Dès lors, ses parents ou son représentant légal doivent consentir à tout acte médical le concernant. Ce principe s'appliquait en matière d'IVG pratiquées sur des

mineures non émancipées. En revanche, les femmes mineures mariées — émancipées de plein droit par le mariage (*code civil, art. 476 et 486*) — et les mineures de plus de 16 ans émancipées par le juge des tutelles (*art. 477*) n'ont pas besoin de cet accord parental. Des difficultés apparaissaient lorsque la mineure voulait interrompre sa grossesse sans pouvoir obtenir l'autorisation parentale. Face à cette situation, certains juges des enfants acceptaient d'intervenir alors qu'aucun texte ne prévoyait leur compétence en la matière ; les autres se déclaraient incompetents pour prendre une décision. C'est pour mettre fin à ces difficultés que la loi du 4 juillet 2001 instaure un nouveau dispositif.

Le maintien du principe du consentement parental

Le principe de l'autorisation pour pratiquer l'IVG sur une mineure non émancipée est maintenu, l'objectif étant de mobiliser les parents (*Code de la Santé Publique art. L.2212-7, al. 1 modifié*). Dans ce cas, la mineure non émancipée présente son consentement au médecin (c'est-à-dire sa confirmation écrite de demande d'IVG) ainsi que l'autorisation écrite du titulaire de l'autorité parentale. On rappelle qu'aucune règle de forme n'est prévue par la loi pour cette autorisation et qu'exiger la présence physique du représentant de l'autorité parentale est un excès de droit.

La décision de la jeune fille seule, par dérogation

La nécessité de recueillir le consentement parental pour la réalisation de l'IVG constituerait pour 5 à 10 % des jeunes filles un obstacle majeur. La loi ouvre donc la possibilité pour le médecin de pratiquer l'IVG, sans que soit obtenu le consentement parental (*Code de la Santé Publique art. L.2212-7, al. 2 et 3 modifiés*), à la seule demande de la mineure non émancipée. Cette disposition juridique s'inscrit ainsi dans la logique des actes que la mineure peut déjà accomplir seule, tels que l'accouchement sous X, la reconnaissance ou l'abandon d'enfant.

L'accompagnement par une personne majeure

Pour bénéficier de cette dérogation, la mineure doit se faire accompagner par une personne majeure de son choix. Il peut s'agir d'un adulte de son entourage ou, par exemple, d'un adulte d'un planning familial. Ce référent ne prend aucune part dans la décision de la mineure, dans le choix du praticien ou dans le lieu

où l'acte est pratiqué. Son rôle est circonscrit à une mission d'accompagnement et de soutien psychologique. Il ne peut y avoir de responsabilité civile ou pénale engagée à son encontre.

Une information sur la contraception (art. 7, al. 4)

Après l'intervention, une nouvelle consultation médicale devra être obligatoirement proposée à la mineure (*Code de la Santé Publique, art. 2212-7, al. 4 modifié*) afin de lui indiquer une contraception adaptée à son cas, susceptible de lui éviter une autre grossesse non désirée.

La prise en charge de l'IVG par l'État

Afin d'aller jusqu'au bout de la logique permettant à une mineure de demander l'IVG sans le consentement parental, les frais exposés par cette intervention sont intégralement pris en charge par l'État (*Code de la Sécurité Sociale art. L.132-1 modifié*). Le décret n° 2002-799 du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures sans consentement parental en fixe les modalités.

Les points litigieux

L'anesthésie générale

La principale préoccupation exprimée par les anesthésistes lors de la promulgation de la nouvelle loi sur l'IVG concernait la possibilité légale de réaliser une anesthésie générale chez une personne mineure sans autorisation parentale. La nouvelle loi est à cet égard sans ambiguïté. En effet, lorsqu'une anesthésie générale est jugée nécessaire pour pratiquer une interruption volontaire de grossesse (IVG), cette anesthésie relève à l'évidence des actes médicaux liés à l'IVG, ce que prévoit le troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique (« l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés »). La Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) a été très claire sur ce sujet dans une note publiée en septembre 2001 (7). Il n'en reste pas moins que les enquêtes de

terrain menées par le Mouvement français pour le Planning Familial révèlent que, dans le secteur privé, la loi n'est pas bien appliquée puisque des mineures sans autorisation parentale ne peuvent pas toujours y bénéficier d'une anesthésie générale.

Le rôle de l'accompagnant

Le rôle de l'accompagnant a été précisé par la circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001 : la personne désignée par la mineure l'accompagne dans toutes les démarches que requiert l'intervention volontaire de grossesse (consultation préalable, intervention elle-même et consultation postérieure). La personne accompagnante n'a pas, en revanche, à intervenir dans la décision de la mineure, ni quant à son choix de recourir à une interruption volontaire de grossesse ni quant à son souhait de garder le secret à l'égard de ses parents. Si, en principe, l'admission d'un mineur dans un établissement de santé requiert l'accord d'au moins l'un des titulaires de l'autorité parentale, une telle procédure n'a pas à être suivie pour l'admission de la mineure accompagnée dans sa démarche par une personne majeure de son choix. De même, c'est l'adulte choisi par la mineure qui devra, si elle le souhaite, être informé de la sortie prochaine de celle-ci, à l'issue de l'hospitalisation. En d'autres termes, les services administratifs de l'établissement ne peuvent pas exiger la présence de l'accompagnant pour l'admission et/ou la sortie de la mineure. Concernant la présence de l'accompagnant lors des consultations médicales, les recommandations de la SFAR indiquent que la personne référente doit être présente à la consultation d'anesthésie et doit lire attentivement avec la mineure le formulaire d'information sur l'anesthésie ; par ailleurs, le nom de la personne majeure présente au moment où l'information sur l'anesthésie est délivrée doit être inscrit sur le dossier (7). Toutes ces dispositions n'ont pas été prévues par la loi et relèvent de l'excès de droit. De même, exiger la présence de la personne référente lors des consultations pré et/ou post IVG n'est pas inscrit dans le texte de loi, tout comme l'établissement d'une attestation signée de l'accompagnant.

La mineure de moins de 15 ans

Lorsque l'adolescente est âgée de moins de 15 ans et ne souhaite pas informer ses parents de sa démarche d'interruption de grossesse, il est possible qu'elle choisisse d'être accompagnée par un adulte majeur qui est celui avec qui elle a des relations

sexuelles. Or ce partenaire majeur encourt une peine de deux ans d'emprisonnement et une amende de 200 000 francs (*code pénal art. 227-25*), même si les relations sexuelles sont consenties par la jeune mineure. Il est donc préférable de trouver un autre adulte référent sans négliger d'évaluer précisément la situation à la recherche de la notion d'abus sexuel.

LE POINT EN EUROPE

a. Au Danemark, en Espagne et Italie, la loi ne permet pas aux mineures de prendre seules la décision de recourir à l'interruption volontaire de grossesse. À l'intérieur de ce groupe de trois pays, il faut toutefois établir une distinction entre, d'une part, le Danemark et l'Italie, et, d'autre part, l'Espagne. En effet, les lois danoise et italienne sur l'interruption volontaire de grossesse traitent explicitement des mineures. Toutes deux requièrent le consentement parental. Cependant, elles prévoient aussi que l'intervention puisse être pratiquée sans l'accord des parents, voire malgré leur opposition. Au Danemark, les commissions ad hoc, instituées dans chaque comté, notamment pour autoriser les interruptions volontaires de grossesse au-delà de la douzième semaine, peuvent décider que l'accord des parents est superflu. Elles peuvent même autoriser une interruption volontaire de grossesse malgré l'opposition des parents. En Italie, lorsque les parents refusent de donner leur consentement, le médecin peut s'en remettre au juge des tutelles qui prend seul la décision, sans que celle-ci puisse être contestée. Par ailleurs, en cas de danger grave pour la femme enceinte, l'intervention peut être pratiquée sans l'accord des parents ou du juge des tutelles. En revanche, en Espagne, la législation relative à l'interruption volontaire de grossesse n'évoque pas le cas des mineures. Il faut donc appliquer les dispositions du code civil sur l'autorité parentale.

b. Dans les autres pays, à partir de quatorze ou de seize ans, les mineures n'ont pas besoin du consentement parental. En Allemagne, en Belgique, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suisse, la loi sur l'interruption volontaire de grossesse n'évoque pas le cas particulier des mineures. Les prescriptions générales relatives aux actes médicaux s'appliquent donc. En Allemagne, en Belgique et en Suisse, ces dispositions mettent l'accent sur la « capacité de discernement » de la mineure. En Allemagne, elle est avérée en général à partir de seize ans, et en Belgique à partir de quatorze ans. En Suisse, la plupart du temps, une mineure enceinte est considérée comme « capable de discernement ». Aux

Pays-Bas et au Royaume-Uni, la loi prévoit que, à partir de seize ans, tout mineur peut donner son consentement à un traitement médical. Quelle que soit la règle applicable, aucune des législations étudiées ne fait de distinction entre les mineures selon qu'elles sont mariées ou non.

C. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES (9)

Bien que la qualité de l'information et de l'accès à la contraception soient des facteurs importants à considérer pour « expliquer » les IVG à l'adolescence, on aurait tort de négliger l'influence de certaines caractéristiques psychologiques propres à cette période de la vie. L'adolescence est en effet une période charnière faite de nombreux processus de maturation et de mutation, tant physiques que psychiques, qui s'accompagnent nécessairement de remaniements dans les relations sociales et familiales du sujet et dans ses investissements. On observe fréquemment une imprévisibilité ou une impulsivité des conduites, une tendance préférentielle à l'agir et à utiliser le corps comme moyen d'expression des difficultés, au travers des comportements à risque, des plaintes somatiques ou par une attaque du corps lui-même. Ainsi la grossesse peut intervenir comme vérification de l'intégrité du corps et des organes de la reproduction ou bien comme « prise de risque » dont l'objectif est de mettre le corps en danger. Il y a bien plus un désir de grossesse qu'un désir d'enfant et l'issue est généralement une interruption de grossesse.

« Suis-je fertile ? » s'interroge souvent l'adolescente. Il est clair que l'existence de facteurs qui font douter l'adolescente de sa possible fertilité renforce ce questionnement, lequel peut alors devenir quasi obsédant ; c'est le cas lorsque la jeune fille souffre d'une maladie chronique. Par ailleurs il est fréquent que l'adolescente n'éprouve pas tout de suite, dès la ou les premières relations sexuelles, un plaisir orgasmique. Tandis que pour le garçon éjaculer/jouir/être fertile forme un bloc à l'apparence rassurante, la fille, elle, non seulement ne peut pas vérifier *de visu* la conformité de ses organes, mais en plus l'absence initiale du plaisir orgasmique peut venir renforcer ses craintes sur la conformité de sa sexualité et de ses organes. Enfin, la puberté confronte la jeune fille à une excitation qui la menace toujours de débordement, si

elle ne supporte pas la frustration que la nécessaire attente va imposer. Pendant longtemps cette voie de décharge fut essentiellement auto-érotique et masturbatoire ou, à défaut, agit au travers de conduites auto-agressives (TS, accidents, etc.). La relative liberté sexuelle actuelle permet à certains jeunes confrontés à cet excès d'excitation de trouver la voie directe de décharge dans une mise en acte du sexe.

Dans d'autres cas, la grossesse, surtout chez la toute jeune adolescente, semble être l'expression d'une conduite agressive directement dirigée contre le corps. Pour l'adolescent accéder à la sexualité génitale, c'est faire l'expérience d'une frustration qui vient de l'intérieur même du corps et pas seulement de la réalité externe. Pouvoir tolérer la frustration devient alors une dimension essentielle d'une sexualité génitale assumée et partagée. On comprend alors aisément que le corps soit parfois vécu comme un objet de persécution et que l'adolescent puisse chercher à l'attaquer parce qu'il est le symbole même de ce qui le fait souffrir. Les garçons « choisissent » les conduites de risque social telles que les accidents de circulation ou les comportements violents. Les filles se tournent plus volontiers vers l'attaque directe de leur corps comme dans les tentatives de suicide ou les troubles du comportement alimentaire. La grossesse fait incontestablement partie de ces moyens d'attaquer le corps.

Ne voir dans la grossesse de l'adolescente que le résultat d'un accident ou du destin, c'est réduire singulièrement la signification d'un tel événement. C'est en particulier méconnaître la souffrance de l'adolescente, méconnaître les difficultés de cette jeune fille à prendre soin d'elle, prendre soin de son corps, à assumer les tensions psychiques inhérentes à la sexualité, à tolérer d'attendre.

D. ASPECTS SOCIOLOGIQUES

D'une manière générale, les grossesses survenant chez les adolescentes sont mal acceptées car elles remettent en cause des logiques fortement investies socialement, notamment par les parents, y compris dans les milieux modestes et défavorisés : la logique de la scolarité et la logique du « meilleur partenaire ». D'après Charlotte Le Van (6), la révolution économique, politique et culturelle des trois dernières décennies a vu naître une nou-

velle image de la femme qui a contribué à différer l'âge socialement requis à la première grossesse. La scolarisation massive et prolongée ainsi que l'accès généralisé des femmes à un emploi incitent en effet aujourd'hui à retarder la constitution d'une famille. D'après Michel Bozon (3), la logique de la scolarité est très investie dans tous les milieux sociaux et notamment par les femmes. Contrairement à d'autres pays, il existe en France une forte croyance en la scolarité qui est perçue par toutes les classes sociales comme le principal vecteur de la réussite sociale. La stigmatisation sociale des grossesses non programmées, en particulier celles qui surviennent aux âges jeunes, peut ainsi être impliquée dans le recours massif à l'IVG des mineures confrontées à une grossesse non prévue.

Pour Nathalie Bajos (1), plus l'acceptation sociale de la sexualité est importante, moins les taux de grossesses et de recours à l'IVG sont importants. Plus le discours social est favorable à la sexualité des jeunes (moins on le médicalise en parlant de risques), plus les jeunes femmes auront facilement accès à la contraception parce qu'elles se sentiront reconnues et acceptées dans leur sexualité. Il ne suffit pas de mettre en œuvre des politiques d'information si ces jeunes femmes ne se reconnaissent pas le droit d'y avoir accès parce que leur sexualité est socialement réprouvée. D'ailleurs, certaines jeunes femmes, puisque leur sexualité est niée, se sentent socialement stériles (« Je ne pensais pas que cela pouvait m'arriver »).

Un autre point important porte sur les structures de santé, largement sous-utilisées par les jeunes filles car ces structures ne sont souvent pas connues, mais, surtout, les services proposés sont trop médicalisés. Les conditions de prescription ne permettent pas suffisamment aux jeunes femmes de s'approprier leur choix contraceptif. Il y a, en effet, un affrontement entre la logique d'efficacité médicale qui vise à une protection théorique maximum des jeunes et la logique, propre aux jeunes, liée à leur vie socio-sexuelle. Les jeunes ont des relations sexuelles brèves et espacées, souvent imprévues. On observe également des réticences très fortes de la part des jeunes hommes quant à l'utilisation du préservatif. On peut rapprocher de ce dernier point la notion de violence dans les rapports entre les jeunes. En effet, le caractère imprévu de nombreux premiers rapports sexuels donne à penser qu'un certain nombre pourraient survenir dans des contextes où des contraintes sont exercées par le partenaire. Alors que l'on a souvent opposé le viol aux situations où le consentement mutuel

des deux partenaires est un préalable à la relation sexuelle, il conviendrait sans doute d'avoir une approche plus nuancée de cette question. Il conviendrait notamment de resituer les différents types de contraintes dans un continuum pouvant aller jusqu'au viol, mais pouvant également prendre des formes moins explicites mais tout aussi susceptibles d'exposer une femme à des risques, notamment celui d'une grossesse non désirée.

E. ASPECTS TECHNIQUES

Il n'y a pas de particularités techniques de l'interruption de grossesse chez l'adolescente, qu'il s'agisse de la méthode par aspiration endo-utérine ou de la méthode médicamenteuse. Certaines études font état d'une augmentation du risque de complications per ou post-opératoires de l'aspiration chez les adolescentes par rapport aux adultes (11), tandis que d'autres publications ne retrouvent pas l'âge comme facteur de risque de complications (5). Une variable confondante pour cette analyse tient au fait que les adolescentes demandent une interruption de grossesse plus tardivement que les adultes et que la fréquence des complications opératoires augmente légèrement avec l'âge gestationnel. Pour les complications à long terme, il ne semble pas que le risque de prématurité augmente chez les adolescentes enceintes ayant déjà bénéficié d'une interruption volontaire de grossesse (8).

CONCLUSION

L'interruption volontaire de grossesse survenant pendant la période de l'adolescence est un événement dans la vie reproductive d'une femme qu'on aurait tort de vouloir trop stigmatiser en France, dont la situation épidémiologique à ce sujet est dans la moyenne des pays développés. La modification récente de la loi sur l'IVG permet actuellement de prendre en charge plus facilement les jeunes filles en difficultés relationnelles avec leur famille. Si un effort important mérite toujours d'être fait sur

l'information sur la sexualité dans les collèges et les lycées, il n'en reste pas moins que le discours général sur la sexualité des adolescents et la médicalisation des moyens contraceptifs doivent être modifiés et qu'une attention particulière doit être portée à la violence dans les comportements entre jeunes. Il n'en reste pas moins que des caractéristiques psychologiques propres à l'adolescence peuvent être à l'origine de la survenue de certaines grossesses dont l'issue est un avortement car le désir d'avoir réellement un enfant est absent.

Bibliographie

1. Bajos N, Ferrand M et l'équipe GINE. De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues. Editions INSERM, collection Santé Publique, 2002.
2. Blayo C. Le point sur l'avortement en France. *Population et sociétés*, n° 325, juin 1997.
3. Bozon M. L'entrée dans la sexualité adulte : Le premier rapport et ses suites. *Population*, 1993; 48(5): 1317-1352.
4. Brouard N, Kafé H. Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? *Population et sociétés*, n° 361, octobre 2000.
5. Ferris LE, McMain-Klein M, Colodny N. Factors associated with immediate abortion complications. *CMAJ* 1996 Jun 1; 154(11): 1677-85.
6. Le Van C. Les Maternités à l'adolescence, réalités vécues et normes sociales, Paris. L'Harmattan, 1998.
7. La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception : réponse de la SFAR à ses membres. *Ann Fr Anesth Réanim* 2001; 20: fi146-7.
8. Lao TT, Ho LF. Induced abortion is not a cause of subsequent preterm delivery in teenage pregnancies. *Hum Reprod* 1998 Mar; 13(3): 758-61.
9. Marcelli D. Adolescence, grossesse et sexualité : une douloureuse conjonction. Actes du colloque Grossesse et Adolescence du 9 décembre 2000 - Poitiers.
10. Singh S, Darroch J. Adolescent Pregnancy and Childbearing : Levels and Trends in developed Countries. *Family Planning Perspectives*, n° 32, 2000, p. 14-23.
11. Zhou W, Nielsen GL, Moller M, Olsen J. Short-term complications after surgically induced abortions: a register-based study of 56 117 abortions. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002 Apr; 81(4): 331-6.