



Ecole de Maïeutique

L'accompagnement des personnes mineures dans le parcours d'Interruption Volontaire de Grossesse

Une étude qualitative auprès des sage-femmes orthogénistes de France métropolitaine

Mémoire présenté et publiquement soutenu

Le 5 juin 2026

Par

VALVERDE Andréa

Née le 19 janvier 2003 à Aix-en-Provence

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

Année Universitaire 2025-2026

Membres du Jury :

- BERNON Marie-Astrid, Directrice de mémoire
- MATTEO Caroline, Sage-femme Enseignante
- TARRASONA Géraldine, Sage-femme Hôpital Saint-Joseph

L'accompagnement des personnes mineures dans le parcours d'Interruption Volontaire de Grossesse

Une étude qualitative auprès des sage-femmes orthogénistes de France métropolitaine

VALVERDE Andréa

Née le 19 janvier 2003

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

Année universitaire 2025-2026

Validation 1ère session 2026 : Oui ☐ Non ☐

Mention : Félicitations du jury ☐

Très bien ☐

Bien ☐

Assez bien ☐

Passable ☐

Validation 2ème session 2026 : Oui ☐ Non ☐

Mention : Félicitations du jury ☐

Très bien ☐

Bien ☐

Assez bien ☐

Passable ☐

Visa et tampon de l'école

Remerciements :

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire de fin d'études et qui m'ont accompagné tout au long de mon parcours de future sage-femme.

En premier temps, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Marie-Astrid BERNON, pour son soutien, sa patience et sa disponibilité tout au long de cette étude. Ses conseils et son accompagnement ont été essentiels pour mener à bien ce travail de recherche.

Merci également à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de Maïeutique de Marseille pour leur encadrement et la transmission de leur savoir durant ces 4 années.

Je souhaite adresser un immense merci à cette promo de rêve, « les dingos du clito ». Merci pour ces années, pour votre solidarité sans faille et pour tous ces moments partagés qui ont rendu ces années d'études inoubliables. Sans votre énergie et votre soutien, cette aventure n'aurait pas eu la même saveur. Après un tel parcours, notre destin est déjà tracé ; la maternité « les dingos du clito » ouvrira bientôt ses portes !

Enfin, un grand merci à ma famille et à mon entourage proche. Merci à mes parents, à mon frère et à ma sœur pour votre soutien, votre patience et vos encouragements, même dans les moments de doute et de stress.

Merci à vous tous !

TABLE DES MATIÈRES :

I. INTRODUCTION.....	1
1. Contexte Général.....	1
<i>1.1. Repères législatifs sur l'interruption volontaire de grossesse en France</i>	<i>1</i>
<i>1.2. Épidémiologie</i>	<i>2</i>
<i>1.3. Personnes mineures et adolescence : définition et concepts.....</i>	<i>3</i>
<i>1.4. Personnes mineures, sexualité et interruption volontaire de grossesse</i>	<i>4</i>
<i>1.5. Accompagnement psychologique et social dans le parcours d'interruption volontaire de grossesse.....</i>	<i>5</i>
<i>1.6. Parcours d'interruption volontaire de grossesse</i>	<i>7</i>
2. Contexte spécifique et problématisation	8
3. Problématique	8
4. Hypothèses	10
5. Objectifs	10
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	10
1. Population.....	10
<i>1.1. Critères d'inclusion :.....</i>	<i>10</i>
<i>1.2. Critères de non-inclusion :.....</i>	<i>11</i>
2. Méthodologie.....	11
<i>2.1. Choix de la méthode :.....</i>	<i>11</i>
<i>2.2. Préparation des entretiens :</i>	<i>11</i>
<i>2.3. Guide d'entretien :.....</i>	<i>12</i>
<i>2.4. Analyse des entretiens :</i>	<i>13</i>
III. RÉSULTATS	13
1. Descriptif des personnes interrogées.....	13
2. Résultats attendus aux regards des hypothèses.....	14
<i>2.1. Parcours médicalisé jalonné d'obstacles logistiques et réglementaires.....</i>	<i>14</i>
<i>2.1.1. Perception globale de l'accessibilité à l'IVG des femmes mineures par les sage- femmes</i>	<i>14</i>
<i>2.1.2. Freins connus d'accès aux soins à l'épreuve de l'IVG pour les femmes mineures</i>	<i>15</i>

2.2	<i>Difficultés d'accès à l'IVG directement liées à la minorité</i>	16
2.2.1	<i>Difficultés logistiques et organisationnelles du fait de la minorité</i>	16
2.2.2	<i>Personne majeure accompagnante</i>	17
2.2.3.	<i>Entretien psycho-social</i>	18
2.3	<i>Evolutions et propositions d'amélioration par les sage-femmes</i>	19
2.3.1	<i>Optimisation de l'accueil et humanisation des structures</i>	19
2.3.2	<i>Accessibilité numérique et simplification du maillage territorial</i>	20
2.3.3	<i>Renforcement des réseaux de solidarité</i>	21
2.3.4	<i>Evolution de la formation initiale et continue</i>	21
3.	Résultats complémentaires	22
3.1.	<i>Adaptation de la posture professionnelle</i>	22
3.2.	<i>Question centrale de la confidentialité</i>	24
3.2.	<i>L'IVG comme levier de prévention et d'éducation (EVARS)</i>	25
3.3.	<i>L'IVG comme levier d'affirmation professionnelle</i>	26
4.	Retour sur les hypothèses de recherche	27
4.1.	<i>Hypothèse 1 : les sage-femmes font face à des obstacles spécifiques au parcours IVG d'une femme mineure et les identifient</i>	27
4.2.	<i>Hypothèse 2 : les sage-femmes accompagnant des femmes mineures en demande d'IVG disposent de stratégies adaptées à ce parcours afin de surmonter les obstacles</i>	28
IV.	ANALYSE ET DISCUSSION	28
1.	Points forts de l'étude	28
2.	Biais de l'étude	29
3.	Limites de l'étude	30
4.	Analyse des résultats	31
5.	Discussion	33
5.1.	<i>Posture « maternante » : entre protection bienveillante et risque d'infantilisation</i>	33
5.2.	<i>Impensé de l'aspect économique</i>	33
5.3.	<i>Ambiguïté de l'expert : recommander et orienter</i>	34
5.4.	<i>Affirmation professionnelle pour la pratique orthogénie</i>	34
V.	CONCLUSION ET PERSPECTIVES	36
VI.	BIBLIOGRAPHIE	38

VII. ANNEXES	41
<i>Annexe I : Frise chronologique de l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse</i>	<i>41</i>
<i>Annexe II : Schéma du parcours IVG chez les femmes majeures</i>	<i>42</i>
<i>Annexe III : Schéma du parcours IVG chez les femmes mineures</i>	<i>43</i>
<i>Annexe IV : Guide d'entretien</i>	<i>44</i>
<i>Annexe V : Grille synthèse des résultats</i>	<i>47</i>
VIII. GLOSSAIRE	49
IX. RESUME	50
X. ABSTRACT	50

I. INTRODUCTION

1. Contexte Général

1.1. Repères législatifs sur l'interruption volontaire de grossesse en France

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est autorisée en France depuis le 17 janvier 1975 par la Loi VEIL. Elle est pratiquée à la demande d'une femme enceinte « qui ne veut pas poursuivre sa grossesse » jusqu'à 16 semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire le nombre de semaines écoulées depuis le premier jour des dernières règles, à tous les âges et pour des raisons personnelles et non médicales. Les grossesses non prévues sont le résultat de rapports sexuels, sans utilisation des moyens pour éviter une grossesse ou à la suite d'un échec de contraception, alors que les femmes ne souhaitent pas être enceintes.

L'IVG se pratique en établissement de santé ou hors établissement de santé selon un cadre réglementaire précis définissant les lieux et les praticiens habilités ainsi que les conditions de sa réalisation. Il existe deux méthodes pour interrompre la grossesse : l'interruption par méthode médicamenteuse et l'interruption par méthode chirurgicale. L'IVG par méthode instrumentale se pratique uniquement en établissement de santé et dans certains centres de santé conventionnés. La méthode médicamenteuse, quant à elle, se pratique aussi bien en milieu hospitalier que hors établissement de santé, toujours par un praticien habilité, de façon encadrée et sécurisée. Depuis 2001, l'IVG médicamenteuse est autorisée hors établissement de santé, dans certains centres de santé et en secteur libéral. Elle est autorisée en centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) depuis 2009. (1) (2)

Les sage-femmes peuvent pratiquer les IVG médicamenteuses depuis 2016 et les IVG instrumentales depuis 2024, sous certaines conditions et selon leur mode d'exercice. (3)

Le gouvernement publie la chronologie de l'accès à la contraception et à l'IVG en 2022. Une frise récapitulative a été élaborée et complétée par d'autres dates clés afin d'offrir une vision plus exhaustive de l'évolution de l'IVG et de la contraception.(4) (*Annexe I*)

Ce n'est qu'en 2016 qu'apparaît le droit de la femme à l'information et au choix sur la méthode d'avortement : article L2212-1 du Code de Santé Public (CSP) : « Toute personne doit être informée sur les méthodes abortives et a le droit d'en choisir une librement ». (5)

Depuis la loi dite « TACQUET » de février 2022, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) portent désormais le nom de Centre de Santé Sexuelle (CSS), sans que leurs missions aient été modifiées.

1.2. Épidémiologie

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 73 millions d'IVG sont pratiquées chaque année dans le monde, soit environ 29% de l'ensemble des grossesses. En Europe et en Amérique du Nord, les taux d'IVG ont généralement tendance à baisser depuis des dizaines d'années notamment grâce à l'accès à la contraception. (6)

En 2024, en France, 251 270 IVG ont été pratiquées soit 7 000 de plus qu'en 2023, selon les bases de données médico-administratives. Le taux de recours à l'IVG en hausse en 2023 atteint 16,8 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans contre 16,4 IVG pour 1000 femmes en 2022. Les IVG médicamenteuses ont connu un essor considérable, représentant 80 % des interruptions en 2024. Le nombre d'IVG réalisées hors établissement hospitaliers a continué de croître, en cause : l'allongement des délais légaux d'avortement, l'orientation plus forte des femmes vers la médecine libérale par crainte d'une saturation de l'offre hospitalière, le droit de prescription des IVG médicamenteuses par les sage-femmes depuis 2016. La part des IVG médicamenteuses est passée de 16% en 1995 à 79% en 2023. (7,8)

En 2023, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) publie une étude montrant que les recours à l'IVG, après deux années de baisse exceptionnelle en 2020 et 2021 à cause de l'épidémie de Covid-19, ont été en hausse en 2022. (9)

Par ailleurs, les données relatives à l'IVG et mises à disposition librement par la même DREES permettent d'observer l'évolution de la part des IVG chez les femmes de moins de 18 ans depuis 2016 et jusqu'à 2024. (10)

- Total métropole : 4% en 2016 et 2,8% en 2024
- Total DROM : 7,4% en 2016 et 4,7% en 2024
- France entière : 4,2% en 2016 et 2,9% en 2024

La part des IVG réalisées chez les femmes mineures est en diminution globale, mais reste plus élevée dans les DROM qu'en France hexagonale.

Les taux bruts de recours à l'IVG les plus élevés s'observent chez les 20-29 ans, ce qui situe l'âge moyen global autour de la vingtaine. Globalement, les personnes de moins de 18 ans représentent une part minoritaire des IVG. (11)

1.3. Personnes mineures et adolescence : définition et concepts

L'OMS considère l'« adolescence » non comme une période précise de la vie d'une personne mais comme une étape de développement. Il s'agit d'un stade de développement à bien des niveaux : apparition des caractères sexuels secondaires (puberté) puis maturité sexuelle et de la reproduction ; développement des processus mentaux et de l'identité adulte et passage d'une dépendance socio-économique et émotionnelle totale à une indépendance relative. Les besoins des adolescents dépendent du sexe, du stade de développement, du contexte dans lequel ils vivent et de la situation socio-économique de leur environnement. L'adolescence constitue pour beaucoup la période des premières expériences sexuelles.(12) Les rapports sexuels non protégés chez les adolescents sont notamment à l'origine de grossesses prématurées et non désirées.(9) Selon Dr ROUGET Sébastien, Pédiatre, l'adolescence est : « l'âge du changement, car grandir implique de changer. Faire face aux changements, aux mutations (subjectives, sociales) et aux métamorphoses (corporelles) constitue une aventure qui n'est pas sans risque. Il existe de multiples définitions de l'adolescence. En tout cas, elle constitue une période de transition au cours de laquelle le sujet n'est plus tout à fait un enfant mais pas encore l'adulte qu'il est en passe de devenir. Cette période se situe entre les âges de 10 ans à 19 ans ». (13) (14)

L'âge de la majorité en France est fixé à 18 ans accomplis. Cet âge seuil est déterminant pour l'autonomie de la personne en matière de droit, de devoirs et de responsabilités civiles ; en effet, c'est à partir de 18 ans que toute personne (sauf cas particuliers) n'est plus sous l'autorité de ses parents et dispose de sa propre « capacité juridique ». La personne mineure peut être émancipée dès l'âge de 16 ans révolus, selon certaines conditions. En ce cas, elle bénéficie du statut de la personne de 18 ans et plus et peut accomplir seule les actes nécessitant habituellement la majorité légale. Toutefois cette situation est rare. (15,16)

Dans le cadre de l'IVG également, la situation des femmes mineures émancipées est donc assimilée à celle des femmes majeures. La minorité ne constitue pas une contre-indication à réaliser l'IVG : toute situation doit pouvoir être discutée avec la patiente après une information éclairée tenant compte de ses ressources, de ses craintes, de ses besoins afin de garantir sa sécurité physique et émotionnelle.

L'IVG est possible sous couvert du secret ou de l'anonymat à la demande de la femme qu'elle soit majeure ou mineure. La notion de secret renvoie à la non-communication d'informations sur sa situation envers ses responsables légaux pour le cas particulier des femmes non émancipées et de moins de 18 ans. Cette confidentialité peut également être demandée par des femmes majeures. L'anonymat est une notion administrative, qui consiste à ne pas faire apparaître l'identité de la patiente sur les documents administratifs garantissant sa confidentialité, notamment vis-à-vis de la sécurité sociale. (17,18) (19)

1.4. Personnes mineures, sexualité et interruption volontaire de grossesse

La loi du 7 février 2022, relative à la protection des enfants, a fait évoluer les centres de planification et d'éducation familiale en « Centres de Santé Sexuelle » (CSS). L'accès des femmes à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse est toujours au cœur des missions de ces centres, qui ont vocation à proposer aux usagers une approche globale de la santé sexuelle. Lorsqu'elle est demandée, ils assurent la confidentialité des consultations pour tous, mineur.e.s ou majeur.e.s, avec ou sans couverture sociale. Toute personne peut accéder à n'importe quel CSS, quel que soit son lieu de résidence ou son âge. Les missions des CSS sont :

- De manière obligatoire : l'accès à la contraception (consultations médicales, suivi et délivrance de contraceptifs), au diagnostic de grossesse, les entretiens de conseil conjugal et familial comprenant les entretiens pré et post IVG et les actions collectives auprès des publics (mineurs, majeurs, personnes en situation de vulnérabilité...)
- De manière facultative : dépistages des infections sexuellement transmissibles (IST), la réalisation d'IVG médicamenteuses, le dépistage des violences. Bien qu'optionnelles, ces activités de soins sont couramment réalisées en CSS tant elles sont liées aux missions obligatoires. (20)

Les CSS sont des lieux privilégiés et fléchés du parcours de soins en santé sexuelle et reproductive, incluant l'accès à l'IVG. Ce sont des lieux créés en 1967, pensés pour les personnes rencontrant des difficultés d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, et en particulier les personnes mineures lorsqu'elles veulent garder le secret.

En matière de soins de santé, en France un cadre légal est mis en place concernant les soins chez les personnes mineures. Il existe deux grands principes :

Le premier principe qui prévaut pour qu'un professionnel de santé prodigue des soins à une personne mineure est, après information, d'obtenir le consentement des représentants de l'autorité parentale. Dans certaines situations, le professionnel de santé peut déroger à ce principe :

- 1) En cas d'urgence vitale et impossibilité de recueillir le consentement des représentants de l'autorité parentale
- 2) Pour certains soins définis, dont ceux relatifs à la santé sexuelle, si la personne mineure demande la confidentialité par rapport aux représentants de l'autorité parentale

Le second principe correspond à l'implication de la personne pour les soins envisagés qui la concernent, même si elle est mineure : information et participation à la décision à hauteur de sa maturité. (21,22) (23)

En ce qui concerne l'IVG, l'Article L2212-1 du CSP, indique que tous les actes médicaux nécessaires à sa réalisation, y compris l'anesthésie, peuvent être prodigués avec le seul accord de la personne mineure, sans besoin d'autorisation parentale, après que celle-ci ait confirmé son souhait de rester dans le secret vis-à-vis de ses représentants légaux. Lorsqu'elle persiste, elle a pour obligation de se faire accompagner d'une personne majeure de son choix.

Le rôle du majeur accompagnant est d'apporter un soutien, une écoute, éventuellement une présence le jour de l'IVG : ces modalités sont définies par la mineure et le majeur. Il est recommandé que le praticien qui prend en charge la patiente puisse lui expliquer ce rôle. En cas d'anesthésie générale, il existe une nécessité médicale à la présence d'un accompagnant à la sortie d'hospitalisation. Il n'est pas mentionné dans les textes réglementaires que l'identité de cette personne soit connue. Le fait que la personne accompagnante soit majeure doit pouvoir être vérifié : les modalités de cette vérification ne sont toutefois pas spécifiées dans les textes réglementaires, mais il est nécessaire de rencontrer la personne majeure avant la réalisation de l'IVG pour s'assurer de son existence et de son âge. La vérification est mentionnée par écrit dans le dossier médical et une attestation du choix du majeur accompagnant est établie. L'identité de ce dernier n'a pas à être conservée dans le dossier médical. Le majeur accompagnant n'est pas spécialement la personne de confiance de la personne mineure. (24)

Tous les documents attestant la réalisation des démarches obligatoires doivent être recueillis avant la remise des médicaments ou l'intervention chirurgicale. Sont donc recueillis : le consentement signé par la patiente, le certificat de consultation initiale, l'attestation de réalisation de l'entretien psycho-social, le recueil du consentement parental ou du représentant légal ou l'attestation du choix de la personne majeure accompagnante si le secret est demandé. La mineure doit être informée que l'obtention du consentement d'un ou des parents ou du représentant légal doit être recherché mais n'est pas obligatoire. (25)

1.5. Accompagnement psychologique et social dans le parcours d'interruption volontaire de grossesse

Un entretien psycho-social est obligatoire pour les femmes mineures non émancipées et devient facultatif pour les femmes majeures en France, à partir de la loi AUBRY-GUIGOU du 4 juillet 2001, relative à l'IVG et à la contraception. Cette évolution législative fait partie des modifications introduites qui permettent de faciliter l'accès à l'IVG et d'alléger les contraintes pour les majeures, tout en conservant un niveau de support pour les mineures.(26) Cet entretien a pour objectif principal de garantir la décision éclairée d'interruption de grossesse, c'est-à-dire qu'elle soit prise en toute connaissance de cause, tout en assurant la sécurité physique et psychologique de la patiente. Cet entretien prévu par la

législation française est destiné à protéger la santé de la personne qui souhaite une IVG, ainsi qu'à respecter ses droits, son autonomie, et son bien-être.

Il permet aussi de préserver l'autonomie de la personne à prendre sa propre décision en accord avec ses besoins, et circonstances personnelles. Il a également pour fonction de répondre aux craintes des femmes autour de l'IVG ainsi qu'à parler des idées reçues. Il vise à fournir un espace confidentiel d'écoute où la personne mineure peut se sentir en confiance pour partager son vécu et discuter des circonstances ayant conduit à la grossesse non programmée, à évaluer les besoins en matière de soutien psychologique et social, et à orienter vers les ressources appropriées. Cet entretien peut se faire sur un temps long, éventuellement répété à la demande de la patiente, avant et/ou après l'IVG. Il est possible de recevoir la jeune femme avec son partenaire, si elle le désire, après un temps individuel. Il est réalisé par une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou autre organisme agréé. On n'entend par personne qualifiée, une personne possédant un diplôme d'Etat médical, paramédical, social, éducatif, psychologique, juridique ou d'animation ainsi que les titulaires de l'unité de formation pour une éducation à la vie.(27) A l'issue de cet entretien, il doit être délivré à la femme mineure une attestation de consultation. Si un adulte accompagnant a été choisi, l'attestation indique que ce choix a été réalisé. (28) (29)

La loi du 2 mars 2022, visant à renforcer le droit à l'avortement, supprime le délai minimal de réflexion de 48 heures entre l'entretien psychosocial et la réalisation de l'IVG. Une vigilance particulière sera accordée aux besoins de la patiente au travers d'une prise en charge médico-psycho-sociale et administrative adaptée.

Lorsque la femme mineure confirme son souhait de confidentialité, cette vigilance consiste à s'assurer qu'elle dispose de ressources dans son entourage afin de répondre à ses besoins psycho-affectifs. Et, pour la question administrative, cela passe par une prescription mentionnant la notion du secret, ainsi que le code acte approprié et dédié pour ce qui concerne la facturation des soins auprès de l'assurance maladie ; ce code permet aux prestataires intervenant dans le parcours IVG d'être rémunérés par la sécurité sociale, sans qu'il y ait de trace de ces soins accessibles aux représentants de l'autorité parentale. Les professionnels sont encouragés à travailler en réseau, sous réserve de l'accord de la patiente. (30,31)

1.6. Parcours d'interruption volontaire de grossesse

Le parcours de l'interruption volontaire de grossesse varie selon que la femme est majeure ou mineure, et selon qu'elle souhaite ou non que sa démarche reste confidentielle. Il comporte plusieurs temps, dont certains peuvent être groupés le même jour, en fonction de l'organisation locale.

Le parcours peut débuter par un premier rendez-vous avec un médecin ou une sage-femme, pouvant se tenir en libéral, en centre de santé sexuelle ou à l'hôpital. Lors de cette consultation, le professionnel confirme la grossesse, informe la patiente sur ses droits et les méthodes d'IVG possibles (médicamenteuse ou chirurgicale), et propose un entretien psycho-social.

Cet entretien est :

- Obligatoire pour les mineures, qu'elles soient en parcours confidentiel ou non ;
- Facultatif pour les majeures, qu'elles soient en parcours confidentiel ou non

Au sujet de la facturation de l'IVG et des actes attenants, une distinction est faite selon l'âge et la demande de confidentialité de la patiente :

- Pour les femmes majeures ne demandant pas la confidentialité : le parcours relève d'un droit commun. La carte vitale est utilisée, et la patiente donne directement son consentement écrit à l'IVG.
- Pour les femmes majeures demandant la confidentialité : le parcours reste le même mais garantit le secret. La carte vitale n'est pas utilisée pour garantir la confidentialité. Le consentement écrit est requis ici aussi.
- Pour les mineures ne demandant pas la confidentialité : la procédure d'IVG, comme tout acte de soins médicaux, nécessite l'autorisation des représentants légaux. Cependant, le consentement à la réalisation de l'IVG doit être signé par la femme mineure. De plus, un entretien psycho-social doit être réalisé avant l'IVG. La facturation à l'assurance maladie peut se faire selon la procédure habituelle.
- Pour les mineures demandant la confidentialité : si le recueil de l'autorisation parentale n'est pas possible, elles doivent alors être accompagnées d'une personne majeure de leur choix. Le consentement à la réalisation de l'IVG doit être signé par la femme mineure et un entretien psycho-social doit être réalisé avant l'IVG. La facturation ne peut s'opérer directement auprès de l'assurance maladie et suit des modalités spécifiques.

Le deuxième rendez-vous correspond à la réalisation de l'IVG. L'IVG médicamenteuse peut être réalisée en ville (cabinet libéral ou CSS) ou à l'hôpital tandis que l'IVG chirurgicale se pratique en centre de santé agréé ou à l'hôpital.

Enfin, une consultation post-IVG est prévue pour vérifier le bon déroulement de l'acte, proposer ou adapter une contraception post-IVG, effectuer les examens nécessaires comme la vérification de la vacuité utérine ainsi que proposer un suivi psycho-social si besoin. (*Annexes II et III*)

2. Contexte spécifique et problématisation

La grossesse chez les femmes mineures est souvent non programmée, par conséquent elles envisagent le plus souvent une interruption de grossesse. Bien que la loi permette aux femmes mineures d'avoir recours à l'IVG des difficultés persistent pour celles-ci :

- Manque d'informations accessibles et adaptées
- Préjugés
- Étiquettes négatives, stéréotypes, stigmatisation
- Accès limités aux structures de santé adaptées
- Retard du diagnostic de grossesse (absence de représentation de l'état de grossesse)
- Manque de connaissances et/ou d'informations sur leur fertilité

Ces problématiques génèrent des incertitudes, des retards aussi bien dans les démarches que les prises en charge. Elles peuvent comporter des risques pour la santé physique et mentale.

Le rôle des acteurs impliqués dans l'accompagnement des personnes mineures en demande d'IVG est essentiel. Ils doivent informer, accompagner et soutenir, tout en respectant l'autonomie des jeunes femmes. Les sage-femmes occupent une place centrale dans le parcours d'IVG, c'est sur cet aspect que portera ce travail de recherche.

3. Problématique

Le choix de ce sujet est né d'une situation concrète observée lors de mon stage en PMI. J'ai eu l'occasion d'accéder à un échange de courriels entre sage-femmes au sujet de la prise en charge délicate d'une mineure souhaitant recourir à une IVG sous le secret vis-à-vis de l'un de ses représentants légaux, tout en étant accompagnée par le second. Cet échange m'a particulièrement interpellée, car il révélait une réelle incertitude des professionnels face à l'articulation entre le cadre légal et l'accompagnement éthique de la jeune femme mineure.

Parallèlement, les différentes expériences vécues au cours de mes stages, m'ont amenée à rencontrer de nombreuses femmes évoquant avoir eu recours à l'IVG. Parfois, cet épisode était survenu lorsqu'elles étaient mineures ou jeunes femmes. Ces situations m'ont permis de mesurer à quel point, l'adolescence, marquée par la construction de l'identité et la découverte de la sexualité, rend le vécu de la grossesse non désirée particulièrement complexe.

Ces constats successifs ont nourri ma réflexion et suscité de nombreux questionnements. Ils ont fait émerger un véritable intérêt pour la question de l'accompagnement des personnes mineures confrontées à une grossesse non planifiée. En approfondissant mes recherches, j'ai constaté que le sujet des IVG sur les personnes mineures est peu documenté dans la littérature scientifique. En tant que future sage-femme, il me semble essentiel de saisir les spécificités de l'accompagnement des personnes mineures et plus particulièrement lors d'une IVG afin d'adapter la posture professionnelle, garantir un accompagnement bienveillant, et favoriser l'autonomie des patientes dans leur choix.

Ainsi, j'en suis venue à choisir pour thématique de mon travail de recherche de fin d'études : « L'accompagnement des personnes mineures dans le parcours d'interruption volontaire de grossesse ».

Ma question de recherche est la suivante :

En quoi l'accompagnement des personnes mineures lors d'une IVG est-il spécifique, et comment les sage-femmes adaptent-elles leur prise en charge en direction de ce public particulier ?

Dans le cadre de ce travail de recherche, la notion de « personnes mineures » fait exclusivement référence aux filles de moins de 18 ans, et constitue le périmètre de cette recherche. De ce fait, les garçons, même mineurs, ne font pas partie de l'objet de recherche.

Certaines personnes sous tutelles, curatelles et/ou en situation de handicap, même de plus de 18 ans, ne peuvent pas décider seules pour elles-mêmes. Ces personnes-ci ne feront donc pas partie du champ de cette étude.

La notion d'« accompagnement » revêt, dans ce contexte, une dimension à la fois psychologique, émotionnelle et médicale.

Cette recherche ne traite pas des interruptions médicales de grossesse (IMG). Elle se limite au territoire de la France métropolitaine, et exclut les départements et territoires d'outre-mer (DOM-TOM) présentant une épidémiologie différente de celle de métropole chez les moins de 18 ans.

4. Hypothèses

A la suite de cette problématisation, deux hypothèses se sont dégagées.

La première hypothèse est la suivante : *les sage-femmes font face à des obstacles spécifiques au parcours IVG d'une femme mineure et les identifient.*

La deuxième hypothèse est formulée ainsi : *les sage-femmes accompagnant des femmes mineures en demande d'IVG disposent de stratégies adaptées à ce parcours afin de surmonter les obstacles.*

5. Objectifs

Afin de répondre à la problématique, cette étude cherche à répondre à plusieurs objectifs :

- Explorer les expériences vécues ainsi que la perception des sage-femmes sur les spécificités du parcours IVG d'une femme lorsqu'elle est mineure
- Connaître la perception que les sage-femmes ont des obstacles rencontrés dans ce parcours
- Connaître les éléments permettant aux sage-femmes d'adapter leur prise en charge pour répondre aux besoins spécifiques des personnes mineures.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Population

1.1. Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion sont :

- Sage-femme Diplômée d'Etat
- Sage-femme pratiquant les IVG médicamenteuses et/ou chirurgicales
- Sage-femme exerçant dans divers contextes : centres de santé, PMI, cabinets libéraux, centres de santé sexuelle, établissements hospitaliers

1.2. Critères de non-inclusion :

Les critères de non-inclusion sont :

- Sage-femme ne pratiquant pas les IVG
- Sage-femme exerçant dans les DOM-TOM

2. Méthodologie

2.1. Choix de la méthode :

Etant donné que ma problématique porte sur le point de vue des sage-femmes et les représentations sociales liées à l'accompagnement des mineures lors d'une IVG, j'ai choisi d'utiliser une méthode qualitative. Celle-ci est la plus adaptée pour capter la diversité et la subtilité des points de vue. Ce questionnement de départ a été exploré à travers la réalisation d'entretiens semi-directifs pour lesquels un guide d'entretien a été élaboré. (*Annexe IV*)

2.2. Préparation des entretiens :

Les sage-femmes ciblées pour cette enquête ont été sollicitées auprès d'associations professionnelles de sage-femmes d'une part : l'ANSFO, et l'ANSFL. D'autre part auprès de différentes PMI : Bouches-du-Rhône, Haute-Loire, Moselle, Alsace, Ardennes, Gironde. Un questionnaire a été créé grâce à une plateforme en ligne de création de questionnaire et d'accès gratuit « Framaforms ». Il a pour but de présenter l'objet de la recherche et d'identifier les sage-femmes répondant aux critères requis pour participer à cette étude. Il permet aux sage-femmes volontaires de proposer un rendez-vous et ses modalités selon leurs convenances : en face à face, par appel téléphonique ou par visioconférence.

Une fois réalisés, les entretiens ont été enregistrés, puis convertis en texte via l'outil de transcription automatique « Notta ». La version écrite a été ensuite exportée vers le logiciel Microsoft Word pour une relecture attentive, une correction manuelle et une remise en forme finale.

Pour garantir l'anonymat, un chiffre a été attribué à chaque sage-femme interrogée en entretien : Sage-femme 1, Sage-femme 2 ... ainsi jusqu'à l'effectif du groupe de sage-femme participant à l'enquête.

2.3. Guide d'entretien :

Pour structurer les entretiens, un guide d'entretien (*Annexe IV*) a été élaboré afin d'explorer chaque objectif de cette étude. Ce guide s'articule autour de quatre axes majeurs : le premier explore les expériences vécues et la perception des sage-femmes sur la spécificité du parcours IVG des mineures, tandis que le second vise à identifier les obstacles rencontrés. Enfin, les derniers axes s'attachent à recueillir les leviers d'adaptation de la prise en soin permettant de répondre aux besoins particuliers de ce public et de favoriser leur autonomie.

La première partie s'intéresse au profil de la sage-femme.

La deuxième partie répond au premier objectif de cette recherche, à savoir, l'exploration des expériences vécues et la perception des sage-femmes sur les spécificités du parcours IVG chez les personnes mineures. Elle vise ainsi à recueillir leur positionnement à travers trois axes spécifiques :

- L'appréhension globale du parcours IVG par le professionnel.
- La nature de la relation de soin engagée avec la patiente mineure.
- Les représentations professionnelles entourant l'acte d'IVG lorsqu'il concerne les femmes mineures.

La troisième partie s'inscrit dans la continuité du troisième objectif de recherche soit : identifier les éléments permettant aux sage-femmes d'adapter leur prise en charge pour répondre aux besoins spécifiques des mineures. Elle s'attache à recueillir des données concrètes à travers trois axes :

- L'analyse des modalités pratiques et du déroulement des consultations au sein du parcours IVG.
- L'identification du réseau interprofessionnel et des ressources mobilisées par la sage-femme.
- Le recueil d'une vision globale de la sage-femme sur l'accompagnement des mineures dans le parcours IVG : au-delà de sa propre expérience.

La quatrième et dernière partie vient compléter l'exploration des perceptions professionnelles sur les obstacles rencontrés. Son objectif principal est d'identifier les changements ou améliorations que la sage-femme estime nécessaires dans la prise en charge des personnes mineures. Cet axe permet de mettre en perspective les difficultés identifiées sur le terrain avec les leviers d'évolution possibles pour optimiser l'accompagnement de ce public spécifique.

2.4. Analyse des entretiens :

La recherche de la saturation des données au fil des entretiens a guidé l'arrêt du recueil. Ainsi, lorsque les nouveaux entretiens n'apportaient plus de nouveaux concepts ou éléments originaux à la recherche, le recrutement a été interrompu.

Les entretiens, une fois retranscrits, représentent les données brutes d'une enquête qualitative. Il convenait d'en faire une analyse rigoureuse, respectant une approche de contenu par thème. L'analyse s'est structurée autour d'un codage manuel fidèle aux quatre thèmes envisagés par la trame d'entretien et représentés par les quatre parties de celle-ci. La nature exploratoire de ce type d'enquête a permis par ailleurs l'émergence d'autres thématiques amenées par les personnes enquêtées.

Chaque entretien a donc fait l'objet de plusieurs lectures afin de collecter les propos, les points de vue des personnes interrogées puis de les classer dans les thématiques préalablement identifiées. Les propos relevant d'autres thématiques ont été systématiquement relevés. Selon leur récurrence et leur originalité parmi l'ensemble des entretiens, ils ont fait l'objet d'une attention particulière et s'intègrent pleinement aux résultats de l'enquête. Le codage manuel de chaque entretien a été enregistré dans un tableur Excel Microsoft. Enfin, une synthèse de l'ensemble des entretiens codés a permis de repérer les points de vue les plus saillants, qu'ils aient été pré-identifiés ou pas.

La présentation des résultats repose sur la grille de synthèse des entretiens codés (*Annexe V*) et des extraits d'entretiens (*verbatim*) les plus représentatifs.

III. RÉSULTATS

1. Descriptif des personnes interrogées

Vingt-cinq sage-femmes ont répondu au questionnaire. Trois sage-femmes ont refusé d'y participer. Sept sage-femmes n'ont pas donné suite.

Le recrutement a finalement permis d'interroger quinze sage-femmes (quatorze femmes et un homme) entre le 23 octobre et le 25 novembre 2025. Les entretiens, d'une durée comprise entre 27 et 70 min, ont été réalisés principalement par téléphone ou visioconférence. L'échantillon présente une grande diversité d'expérience : l'âge des professionnels varie de 30 à 54 ans, avec une expérience de Diplôme d'Etat (DE) allant de 2,5 ans à 31 ans. Les modes d'exercice sont variés : territorial en PMI/CSS, milieu hospitalier et libéral. Toutes les sage-femmes ont déclaré avoir une expérience en orthogénie, bien que

l'exposition au public mineur ait été plus fréquente en structures publiques (territoriale et hospitalière) qu'en libéral.

2. Résultats attendus aux regards des hypothèses

L'étude des quinze entretiens réalisés auprès des sage-femmes de divers modes d'exercice permet de mettre en lumière les spécificités de l'accompagnement des personnes mineures dans le parcours IVG. Bien que le parcours ait été globalement jugé « facile » par les professionnels, des ajustements subtils et des points de vigilance sont apparus dans leur pratique quotidienne.

2.1. Parcours médicalisé jalonné d'obstacles logistiques et réglementaires

2.1.1. Perception globale de l'accessibilité à l'IVG des femmes mineures par les sage-femmes

L'accessibilité au parcours d'interruption volontaire de grossesse a été globalement perçue comme « facile » par les sage-femmes, quel que soit l'âge de la patiente.

SF n° 1 : *« Elles savent la plupart où aller que ce soit le planning, les CPEF, c'est plutôt assez démocratisé ».*

SF n° 9 : *« Alors celles qui arrivent à moi me témoignent pas de difficultés particulières »*

SF n° 10 : *« c'est assez facile parce qu'il y a énormément de professionnels libéraux qui font des IVG med et l'hôpital accueille aussi pas mal donc il n'y a pas de difficultés d'accès à l'IVG en tout cas ici »*

SF n° 15 : *« Oui l'accès dans le département est assez facile et très rapide. »*

Les professionnels s'accordaient sur le fait que les évolutions législatives depuis la dépénalisation de l'IVG avaient considérablement facilité les démarches. Ce constat a été néanmoins nuancé par l'hétérogénéité de l'offre de soin sur le territoire français.

SF n° 10 : *« Je pense qu'il y a des endroits où c'est plus compliqué mais là où je travaille elles ont dans la journée un rendez-vous pour une IVG med à domicile (...). »*

L'exercice libéral a été souvent jugé moins favorable pour les mineures, tandis que les CSS apparaissaient comme des dispositifs particulièrement adaptés aux spécificités de ce public.

De plus, selon le mode d'exercice de la sage-femme, la mise en œuvre de la confidentialité pouvait s'avérer plus délicate. Le passage en pharmacie, en laboratoire ou en cabinet d'imagerie représentait un risque réel de rupture du secret vis-à-vis des représentant légaux.

SF n° 3 : « *La difficulté quand même qu'il peut y avoir c'est de pouvoir faire l'échographie, la prise de sang.* ».

2.1.2. Freins connus d'accès aux soins à l'épreuve de l'IVG pour les femmes mineures

Les normes usuelles d'accessibilité aux soins que sont : la distance, la disponibilité, le coût et les représentations sociales, ont été recherchées dans l'analyse des entretiens de l'enquête. Appliquées à la population spécifique des femmes mineures en demande d'IVG, ces normes ont bien été identifiées par les sage-femmes interrogées ; à l'exception de celle relative au coût des soins.

Sur le plan géographique, l'isolement en milieu rural et les difficultés de mobilité constituent des freins accrus pour les adolescentes.

SF n° 5 : « (...) *Cependant en France, je pense que l'accès à l'IVG est très compliqué notamment en milieu rural* ».

Concernant l'offre de soins, le discours est nuancé : si l'accès aux prescripteurs/effecteurs de l'IVG (sage-femmes et médecins) a été jugé correct, celui aux conseillères conjugales et familiales (CCF) paraît plus difficile.

SF n° 3 : « *Donc moi la CCF est là sur mes consultations uniquement le mardi matin et si elle n'est pas en congé (...) parfois, pour les patientes mineures, il peut y avoir un délai c'est important* »,

SF n° 8 : « *Je pense qu'il n'y a pas assez de CCF.* ».

La dimension économique de l'accès aux soins a été absente dans les discours des sage-femmes. Ce silence interroge et, de fait, ne permet aucune conclusion. Seules des hypothèses émergent : s'agit-il d'un « impensé », d'un non-sujet lié à la prise en charge financière de l'IVG par l'assurance maladie ou le service public, ou d'un tabou du rapport à l'argent dans l'activité de soins ?

Enfin, sur la dimension socio-culturelle, il est intéressant de noter que seulement quelques sage-femmes ont spontanément abordé cette dimension lors des entretiens. Toutefois, pour la plupart des professionnels, la représentation sociale de l'IVG ne semble pas être une spécificité propre au public mineur, mais plutôt une variable transversale pouvant toucher toute patiente en demande d'IVG. Cette dimension a été mentionnée à travers l'influence des réseaux sociaux et des informations trouvées sur internet.

SF n° 6 : *« Elles sont très sensibles au fake news et il y a tout un travail pour reprendre les informations (...) et je trouve qu'il y a une malveillance dans les réseaux, les petites vidéos et tout ça là, c'est beaucoup de fausses informations mais c'est la même chose pour les majeures. »*

2.2 Difficultés d'accès à l'IVG directement liées à la minorité

2.2.1 Difficultés logistiques et organisationnelles du fait de la minorité

Si l'accès à l'IVG a été globalement perçu comme « facile », quelques sage-femmes apportent un discours plus nuancé. Elles estiment que le parcours des mineures reste plus difficile à cause de leur isolement d'une part et de la gestion complexes des absences scolaires d'autre part.

SF n° 4 : *« Qu'il faut qu'elles en parlent et alors même si elles peuvent se passer de l'autorisation parentale parfois, elle se sentent quand même très isolées pour faire cette demande. »*

SF n° 10 : *« (...) parce que ça c'est souvent un problème, les CPE les mettent absentes quand elles viennent à des rendez-vous. »*

Pour ces professionnels, cela implique une organisation plus lourde et une vigilance renforcée pour garantir la confidentialité du parcours.

SF n° 5 : *« Bah moi ça m'est déjà arrivé d'appeler des infirmières scolaires pour leur expliquer un petit peu la situation et en fonction des établissements elles vont plus ou moins couvrir les absences parce que maintenant les absences ça se voit directement »*.

Pour pallier les contraintes de confidentialité, les professionnels activent des leviers concrets comme la création de réseaux de confiance notamment avec les infirmières scolaires, ou sage-femmes échographistes.

SF n° 13 : *« Au niveau de l'échographie, je les oriente vers des collègues vers qui je sais qu'elles vont être prises en charge d'une façon correcte, adaptée, avec le numéro spécial, ou elles pourront être sous le secret »*.

De très nombreuses sage-femmes de l'enquête ont déclaré donner leur numéro ou assurer une veille téléphonique pour les mineures réalisant une IVG à domicile.

SF 9 : *« Je les oblige à me tenir au courant de comment ça se passe, de me dire si elles ont mal, si elles ont commencé à avoir des saignements etc. Et donc on échange par SMS weekend compris »*.

2.2.2 Personne majeure accompagnante

Des spécificités propres à l'âge des patientes, du fait de la réglementation associée, complexifient ce parcours. La nécessité légale d'une personne majeure accompagnante a été identifiée comme un frein majeur, lequel recouvre des difficultés de nature très diverses :

En premier lieu, la difficulté qu'éprouve la mineure à identifier un adulte ressource. Dans le cas où la jeune femme ne trouvait personne, certaines sage-femmes rapportent devoir parfois mobiliser des ressources internes comme la conseillère conjugale et familiale, l'entourage du professionnel ou encore aider la patiente à identifier un adulte de confiance dans son entourage parfois un peu éloigné comme l'infirmière scolaire de son établissement.

SF n° 3 : *« Si elle me dit qu'elle n'a pas d'adulte majeur autour d'elle, je suis coincée (...) et à l'hôpital, ça serait la même chose »,*

SF n° 10 : *« Si elles n'ont personne, c'est la conseillère conjugale qui se porte adulte référent chez nous. »,*

SF n° 6 : *« Nous on peut être amené à faire appel à notre entourage pour être présent et dans ces cas-là c'est des IVG chirurgicales (...), la sortie se fait avec la personne majeure qui la raccompagne à proximité de son domicile. ».* Lors de cet entretien, la sage-femme a précisé que cet « entourage » désignait en réalité la famille de la sage-femme.

Ensuite, les sage-femmes établissent une difficulté supplémentaire consistant à évaluer la fiabilité de cet accompagnant, définir sa place lors des consultations et préciser son rôle actif de soutien tout au long du parcours.

SF n° 6 : *« on va accompagner une personne mineure en IVG médicamenteuse ou qu'il le fera à domicile si la personne accompagnante, elle est vraiment fiable, soit qu'elle est prête aussi à être présente dans tout le parcours. »,*

SF n° 8 : *« On s'assure que la personne accompagnante connaisse ses obligations, c'est pas qu'elle soit d'accord mais qu'elle soit présente à toutes les étapes. Mais après on contrôle que cette personne soit quelqu'un de fiable, qui nous paraît fiable en tout cas, et qui semble accepter ces obligations. ».*

Néanmoins, les discours des professionnels au sujet de la personne majeure accompagnante s'avèrent contrastés voire paradoxaux. Si cette personne accompagnante est parfois perçue comme une contrainte, elle est aussi considérée comme une véritable personne ressource dont la présence sécurise non seulement le vécu de la jeune femme, mais aussi la pratique de la sage-femme. Elle offre un relai rassurant, particulièrement lors d'une IVG médicamenteuse à domicile.

SF n° 14 : « *J'ai l'impression que c'est pour protéger le soignant, c'est pour dire que la jeune fille n'est pas seule, ça a ce côté rassurant.* »

Il convient toutefois de porter un point de vigilance sur l'interprétation de cette difficulté, car l'exigence légale d'une personne majeure ne s'applique qu'en cas de demande de secret afin de dispenser le professionnel de santé du recueil de l'autorisation parentale. Dans les récits des sage-femmes interrogées, la figure de la patiente mineure est presque systématiquement associée à une demande de confidentialité, faisant du secret une composante intrinsèque de cet accompagnement.

2.2.3. Entretien psycho-social

L'analyse des entretiens révèle un autre constat contrasté concernant l'obligation légale de l'entretien psycho-social pour les personnes mineures pendant leur parcours d'avortement. Là encore, les difficultés ressenties recouvrent des réalités diverses.

Sur le plan organisationnel, cette étape est fréquemment identifiée comme un obstacle structurel en raison d'un manque d'offre en conseil conjugal et familial soit par déficit d'effectif en CCF, soit par un manque de disponibilité au sein de certaines structures, obligeant parfois à une mutualisation des ressources entre plusieurs centres.

SF n° 8 : « *Non, elle [la CCF] n'est pas là tous les jours parce qu'elle a un secteur qui est très large. Nous dans notre centre, on la partage entre guillemets avec deux autres centres de planif, ce qui fait qu'elle est potentiellement sur 4 sites différents.* »

Pour autant, ce frein logistique est largement compensé par la qualité de l'accompagnement réalisé par les CCF. Les sage-femmes soulignent les compétences d'écoute spécifiques des CCF, essentielles à la prise en charge psycho-affective des jeunes patientes. Au-delà de l'écoute, la CCF deviendrait un pivot logistique et sécurisant : elle accepte parfois d'endosser le rôle de personne majeure accompagnante en cas de demande de secret et assure une médiation avec les établissements scolaires pour garantir la confidentialité des absences.

Au sujet des compétences des CCF :

SF n° 3 : « *Et comme c'est un temps d'écoute, qui va être complètement différent du côté médical, c'est un autre travail, c'est un autre point de vue et c'est quand même je pense hyper important pour la patiente.* »,

SF n° 8 : « *Nos collègues CCF, je pense que vraiment la piste c'est la profession nécessaire qui peut faire un énorme job d'accompagnement de debrief en amont de debrief après.* ».

Au sujet de la médiation avec les établissements scolaires :

SF n° 10 : « *Les conseillères conjugales de l'hôpital, elles s'arrangent avec les CPE des lycées pour que les jeunes femmes ne soient pas mises absentes* ».

2.3 Evolutions et propositions d'amélioration par les sage-femmes

2.3.1 Optimisation de l'accueil et humanisation des structures

Les entretiens menés ont permis de recueillir un ensemble de pistes d'améliorations touchant d'abord à l'organisation et à la qualité de l'accueil au sein des services d'orthogénie. Les sage-femmes préconisent une spécialisation des structures et la mise en place de secrétariats dédiés capables de répondre spécifiquement aux enjeux de l'IVG.

SF n° 4 : « *J'aurais besoin de locaux dédiés à l'orthogénie.* »

SF n° 2 : « *au secrétariat qui n'est pas un secrétariat dédié mais c'est quand même l'activité principale de notre secrétaire même si on aimerait avoir un secrétariat dédié* »

Également certaines sage-femmes ont proposé d'aménager les lieux de façon plus adaptée avec un environnement accueillant, moins anxiogène : création de locaux agrémentés d'une décoration soignée utilisant les couleurs ou l'art-thérapie.

SF n° 4 : « *des locaux très bien décorés avec des toiles de peinture adaptées parce que je crois aux vertus de l'art (...) l'idée en termes de couleurs, en termes de représentation des toiles qui pourraient resonner en elles, pour une mineure qui est encore un enfant finalement (...) on véhicule pas mal de choses par l'art et notamment par les vertus des couleurs ça pourrait l'aider en tant que mineure.* »

Sur le plan de la relation humaine, l'importance d'un temps d'écoute préservé voire sanctuarisé a été soulignée, avec la proposition de la présence systématique de psychologue au sein du parcours. Les professionnelles évoquent également la pertinence d'approches collectives, comme des groupes de parole, afin de déstigmatiser l'acte par le partage d'expérience entre les patientes.

SF n° 1 : « *Une ou un psychologue dans le parcours ça serait bien* »

SF n° 11 : « *ce serait cool de mettre en place des groupes où il y a plusieurs femmes qui viennent toutes pour une IVG ou un post-IVG, du coup les femmes qui ont une IVG, elles peuvent raconter comment ça s'est passé pour elles et l'idée aussi, c'est déstigmatiser l'IVG et d'être plusieurs femmes ensemble au même endroit pour la même raison quoi.* »

2.3.2 Accessibilité numérique et simplification du maillage territorial

En ce qui concerne l'accessibilité et la simplification des démarches, les participants à l'étude ont insisté sur la nécessité d'une meilleure visibilité des praticiens et des structures comme les CSS. Les sage-femmes ont suggéré la diffusion de listes à jour des praticiens par départements et l'utilisation d'outils numériques modernes, tels qu'une messagerie nationale anonyme pour orienter les patientes et faciliter la prise de rendez-vous, complétée par une campagne d'affichage dans les établissements scolaires.

SF n° 10 : *« ce qui serait à mon avis facilitateur, ce serait un sms national un truc qui pourrait l'orienter directement où elle ne se poserait pas de question et ce ne serait pas identifié »*

SF n° 10 : *« moi je mettrai une affiche ou quelque chose dans les collèges et lycées, qu'elles puissent facilement voir. Ou alors mettre sur les réseaux, de payer des influenceurs pour qu'ils contrebalancent un peu les trucs de l'IVG. »*

Pour s'adapter aux contraintes horaires des collégiennes et lycéennes, une augmentation des créneaux de consultation et la facilitation d'un accès sans rendez-vous apparaissaient comme essentielles.

SF n° 11 : *« un accueil sans rendez-vous à l'hôpital parce que souvent c'est là tout de suite maintenant et des horaires un peu étendus pour pouvoir y aller en dehors des horaires du collège ou du lycée sans avoir à justifier de quoi que ce soit peut-être une facilité de prise de rendez-vous »*

Cette fluidité logistique devrait s'accompagner d'une simplification administrative radicale, visant à réduire la charge de saisies informatiques redondantes qui empiète sur le soin relationnel. Les exigences liées à la garantie de la confidentialité complexifient significativement les procédures : le traitement des prescriptions et les modalités de facturations spécifiques, indispensables pour éviter toute traçabilité, génèrent un alourdissement majeur du travail de gestion pour les professionnelles.

SF n° 11 : *« Après je pense que ce qui aiderait, c'est de simplifier le logiciel du centre ainsi que tous les papiers qu'on doit faire pour l'IVG. En fait, on passe un temps fou sur l'ordi à faire des copier-coller, d'imprimer plein de documents, (...) ça fait énormément de paperasse et énormément d'infos quoi. »*

2.3.3 Renforcement des réseaux de solidarité

La posture éthique et technique constitue un autre levier d'amélioration majeur identifié par les sage-femmes enquêtées. Dans le cadre de la pratique échographique, elles recommandent de ne jamais imposer l'image ni le son des battements cardiaques sans un consentement explicite, tout en privilégiant l'échographie abdominale en première afin de limiter l'intrusion et respecter l'intimité des mineures.

SF n° 7 : *« quand on fait une échographie, on ne montre pas l'écran sauf demande de la patiente. On n'écoute pas le cœur déjà parce que ce n'est pas recommandé avant 10 semaines de toute façon et puis parce que ça ne sert à rien. »*

Pour soutenir les mineures les plus isolées, les professionnelles proposent le renforcement des réseaux de soutien, notamment par la création de réseaux de majeurs accompagnants bénévoles et une collaboration étroite avec les infirmières scolaires afin de justifier les absences scolaires de manière protégée.

SF n° 9 : *« c'est important le soutien entre pair parce que quand on démarre une nouvelle activité que ce soit de l'IVG ou autre on a quand même pas mal de questions auxquelles on est confronté et quand on est seul dans son cabinet on a besoin d'être soutenu ça c'est indispensable »*

SF n° 6 : *« avoir un petit réseau de personnes majeures accessibles, que ça se structure un petit peu »*

SF n° 5 : *« par rapport aux absences je pense que ça pourrait être un truc mis en place, une collaboration avec des infirmières scolaires des collèges, des lycées »*

2.3.4 Evolution de la formation initiale et continue

Enfin, l'évolution de la formation initiale et continue a été présentée comme le socle indispensable à une prise en charge de qualité. Les sage-femmes demandent une meilleure formation à l'échographie dès la sortie de l'école et à une formation continue obligatoire sur les évolutions législatives.

SF n° 13 : *« ce serait bien que ce soit inclus directement, qu'il y ait une formation à l'écho de datation. Vraiment que la sage-femme quand elle sort de l'école qu'elle sache faire les échos de datation »*

SF n° 12 : *« maintenant pourquoi pas proposer ce genre de formation dans tous les centres d'orthogénie en fait ouais, ça pourrait être pas mal de faire une petite formation juridique, IVG, mineure, contraception etc... »*

Les sage-femmes ont proposé d'approfondir les thématiques spécifiques au public mineur, incluant les aspects réglementaires, parfois complexes comme celui des soins à personnes mineures, leurs droits dans ce domaine ou encore les cas des enfants de parents divorcés.

SF n° 12 : *« Ça serait une formation sur la mineure et son parcours médical avec la vaccination, la contraception, l'IVG bien sûr, l'accouchement évidemment et la jeune fille mineure en consultation et en gynéco et en obstétrique, ainsi les enfants de parents divorcés »*

Mais aussi acquérir des compétences psychologiques plus poussées. L'accent a été mis sur l'apprentissage de l'écoute active, de la communication non-verbale et de la compréhension de la physiologie du développement de l'adolescent.

SF n° 3 : *« c'est toujours bien d'avoir des formations sur l'écoute active, sur tout ce qui va te permettre d'améliorer la prise en charge et puis toujours se tenir au courant des dernières possibilités (...) Peut-être une formation sur la physiologie et la physiopathologie du développement de l'adolescent pour comprendre leur comportement et comprendre pourquoi il y a plus de comportements à risque à cette période-là de la vie qui peut amener à une grossesse »*

Un suivi renforcé sur les entretiens psychosociaux et une formation dédiée à l'accueil spécifique des mineures permettraient, selon les professionnelles, d'armer chaque soignant et faire que l'IVG soit un parcours de santé sexuelle cohérent, bienveillant et véritablement sécurisé et donc dédramatiser.

SF n° 15 : *« ouai une formation sur l'entretien psychosocial et tout simplement suivre des CCF en CSS je pense que ça peut nous apporter beaucoup »*

3. Résultats complémentaires

3.1. Adaptation de la posture professionnelle

Sur le plan de la posture relationnelle et professionnelle, un résultat a dominé cette enquête : les sage-femmes ne différencient pas radicalement leurs prises en soins selon l'âge, mais elles l'adaptent à la « maturité » qu'elles évaluent et perçoivent de la patiente.

L'âge civil s'efface souvent devant l'évaluation subjective faite par la sage-femme de la capacité de la jeune femme à comprendre et à vivre l'avortement.

SF n° 2 : *« Ce n'est pas l'âge qui compte mais la maturité ».*

La minorité ou la majorité de la femme demandant à interrompre sa grossesse ne semble donc pas un critère absolu dans la relation instaurée par la sage-femme.

L'analyse a mis en lumière un mélange de postures professionnelles. D'un côté, une approche maternante, portée par des praticiennes suggère une projection de leur propre rôle maternel sur ces patientes.

SF n° 9 : *« Je pense que la sage-femme, elle a surtout, quand elle a un peu de bouteille, elle a un peu un rôle maternel quoi, un peu maternant tout en n'étant pas jugeant et en respectant leur autonomie et leurs choix individuels ».*

SF n° 14 : *« Je suis plus précautionneuse avec les mineures, je les maternelle un peu plus ».*

De l'autre une posture militante, où l'accompagnement de l'IVG a été investi comme une mission de défense des droits reproductifs. La sage-femme protège la mineure pour mieux garantir à cette dernière l'exercice de sa liberté et de son autonomie.

De plus, la quasi-totalité des sage-femmes souligne l'importance de pratiquer un accompagnement bienveillant, sans aucun jugement ni stigmatisation envers les personnes mineures.

SF n° 4 : *« Mais globalement en orthogénie c'est ça aussi et en tant que soignant, c'est d'avoir une posture non jugeant, non discriminatoire, non stigmatisante ».*

SF n° 12 : *« On est bienveillant et on essaie, on n'est pas là pour les culpabiliser ».*

Sur un plan plus pratique et logistique, le temps de consultation n'est pas systématiquement rallongé du fait de la minorité de la femme. La consultation d'orthogénie est intrinsèquement vécue comme une « consultation longue ».

SF n° 1 : *« Ce sont des consultations hyper longues. Alors déjà parce que tu prends le temps de discuter, d'exposer, de répondre aux questions et même s'il n'y a pas trop de questions et que le choix soit clair et net ».*

Les sage-femmes s'adaptent au contexte pour la prise des comprimés à domicile, faisant preuve d'une écoute accrue pour s'assurer que la mineure ne soit pas isolée ce jour-là.

SF n° 2 : *« Je vais voir avec elle comment c'est pratique pour elle de s'organiser pour prendre les premiers comprimés et les deuxièmes comprimés (...) pour que ce soit le plus facile au niveau de son organisation personnelle. ».*

Le choix du langage varie selon la posture professionnelle adoptée. Si certaines sage-femmes privilégient le tutoiement pour instaurer une proximité rassurante, d'autres maintiennent le vouvoiement afin d'éviter l'infantilisation et préserver une juste distance dans la relation de soin.

SF n° 5 : *« Ce sont souvent des patientes que je tutoie assez facilement, pour créer un lien, alors pas de copine évidemment mais en tout cas un lien facile et accessible pour elles ».*

SF n° 14 : *« C'est purement personnel, parce que pour moi les vouvoyer c'est les respecter ».*

D'autres encore ajustent le tutoiement ou le vouvoiement au profil et à la maturité de la jeune femme.

SF n° 3 : *« J'essaie de vouvoyer après en fonction des jeunes filles que j'ai en face de moi, je peux passer au tutoiement ».*

Une attention particulière a été portée au contexte de l'IVG chez les mineures, notamment dans le repérage des violences. La préoccupation de la protection de l'enfance a bien été présente dans les discours et identifiée comme faisant partie des missions de la profession de sage-femme. Face à cela, de nombreuses sage-femmes interrogées prennent un temps seul avec la personne mineure lors de leur consultation afin de questionner les violences, notamment sexuelles.

SF n° 2 : *« On pose la question des violences, mais pour les mineures je pose vraiment beaucoup plus la question de savoir est-ce que le rapport a été consenti ».*

La prise en charge des mineures de 15 ans ou moins a constitué un réel sujet de questionnement pour les professionnels, en raison d'une ambiguïté des repères qui entourent cette tranche d'âge, rendant leur positionnement incertain.

SF n° 2 : *« Je trouve les moins de 15 ans, c'est vraiment la population qui me pose le plus problème même si on n'en a pas beaucoup (...), elles sont présumées non consentante mais en fait c'est flou ».*

3.2. Question centrale de la confidentialité

La demande de secret a constitué le point de cristallisation des difficultés dans l'accompagnement des mineures. Les sage-femmes se préoccupent du lien entre la mineure et ses parents. Elles tentent souvent d'évaluer si une discussion est possible tout en respectant scrupuleusement le choix de la patiente si celle-ci exige la confidentialité.

Il existe une corrélation forte dans l'esprit des sage-femmes entre « IVG », « mineure » et « demande de confidentialité », même si cela n'est pas systématique. Cette thématique a d'ailleurs rapidement saturé les entretiens. Son omniprésence dans les discours a montré que la confidentialité est une

préoccupation majeure des sage-femmes. Cette représentation semble influencer leur vigilance dès le premier rendez-vous.

Les sage-femmes interrogées estiment que le maintien de la confidentialité semble plus complexe dans le cadre de l'exercice libéral. En effet, la réalisation d'examens complémentaires tels que les échographies, les bilans sanguins ou encore le passage à la pharmacie implique une intervention d'acteurs extérieurs et différents. A l'inverse, les structures hospitalières ou les centres de santé sexuelle semblent disposer d'une organisation prédéfinie et d'équipements mieux adaptés à la mise en œuvre effective de la confidentialité lorsque celle-ci était demandée par la femme mineure.

SF n° 10 (pratique hospitalière et libérale) : « *Pour les bilans en libéral, si elle veut être anonyme là, ça devient chaud* »,

SF n° 7 (pratique hospitalière et libérale) : « *En libéral, c'est un peu plus difficile la personne mineure. Alors s'il n'y a pas le secret et qu'il y a l'autorisation parentale, il n'y a pas de soucis. Par contre, dès qu'il y a des notions d'anonymat et d'anonymat strict, c'est très compliqué en libéral, c'est quasi pas possible.* »

3.2. L'IVG comme levier de prévention et d'éducation (EVARS)

Pour de nombreuses sage-femmes, l'IVG chez les mineures est perçue comme un moment clé pour l'éducation à la vie affective et sexuelle (EVARS). Les entretiens ont révélé deux approches complémentaires de cette mission.

D'une part, le parcours IVG constituerait en soi une opportunité pédagogique. Il permet d'aborder des notions essentielles dépassant le cadre purement médical du soin. Ce temps d'échange est l'occasion d'approfondir la compréhension de la vie sexuelle au-delà de la seule contraception.

SF n° 4 : « *parce que l'orthogénie c'est finalement pas que l'IVG et que par conséquent, c'est la régulation des naissances, c'est aussi l'éducation à la santé sexuelle et affective, l'éducation à la contraception, l'éducation au consentement, l'éducation à connaître son corps de femme et par conséquent ça coche toutes les cases en terme de consultation pour une mineure en fait, (...) le repérage des violences (...).Elle fait une IVG mais globalement j'essaie de lui donner accès à toutes ces connaissances.* »

D'une autre part, les professionnelles ont insisté sur l'importance de l'EVARS en amont, tout en déplorant qu'elle soit encore trop peu réalisée. Le respect du cadre légal (trois séances par an) est perçu comme un levier indispensable pour éviter les grossesses non programmées.

SF n° 6 : *« L'EVARS ce n'est pas suffisant comme il est mis en place actuellement et quel que soit l'âge il y a un besoin de connaître ce qu'est une relation saine ou une relation qui commence à avoir des tensions ou qui commence à être un peu déséquilibrée, ça manque encore de l'éducation autour de la relation. ».*

Ces séances de prévention jouent un rôle crucial dans l'orientation des personnes mineures. Les interventions menées permettent de briser les barrières de l'inconnu : les mineures y apprennent que l'anonymat est possible et que des structures peuvent les recevoir sans rendez-vous.

SF n° 14 : *« Mais après la PMI font aussi les EVARS donc souvent elles parlent de contraception, d'IVG et souvent elles disent que les centres de PMI reçoivent pour les IVG sans rendez-vous que ça peut être en anonyme donc elles précisent bien que c'est possible de le faire à la PMI ».*

3.3. L'IVG comme levier d'affirmation professionnelle

L'étude a montré que les sage-femmes interrogées portaient un regard positif sur l'activité de l'orthogénie. Elle était perçue comme une pratique valorisante avec un fort sentiment d'être utile. L'IVG était vue comme une opportunité de visibilité professionnelle permettant de sortir du strict périmètre de la périnatalité. Pour les personnes interrogées, l'activité d'orthogénie participait à l'identité professionnelle des sage-femmes. Elle représentait un espace dans lequel les sage-femmes pouvaient à la fois exprimer leur militantisme et aussi s'imposer davantage dans le système d'offre de soins français. Il s'agissait d'un militantisme féministe pour la liberté des femmes et l'accès à l'IVG en toute sécurité. Ce n'était pas une revendication pour la profession de sage-femme, mais un combat pour défendre un droit fondamental.

Expression d'un militantisme féministe :

SF n° 5 : *« Parce que l'IVG est un droit universel et fondamental et que c'est quelque chose en tout cas moi qui me tient à cœur, même dans mon féminisme et dans mon militantisme féministe ».*

Expression d'une meilleure visibilité des sage-femmes dans l'offre de soins :

SF n° 9 : *« Le rôle de la sage-femme, il est sur les deux couloirs quoi, c'est important qu'on soit pleinement présente pour accompagner ces grossesses-là dont les patientes demandent qu'on les interrompe. ».*

Expression de son identité professionnelle de sage-femme par l'activité d'orthogénie :

SF n° 4 : « *L'orthogénie ce n'est finalement pas que l'IVG, c'est la régulation des naissances mais par conséquent c'est aussi l'éducation à la santé sexuelle et affective, l'éducation à la contraception, l'éducation au consentement, l'éducation à connaître son corps de femme et par conséquent ça coche toutes les cases en termes de consultation pour une mineure (...) l'éducation au consentement, le repérage des violences* ».

4. Retour sur les hypothèses de recherche

L'analyse des données recueillies au cours de nos quinze entretiens nous permet à présent de confronter nos hypothèses de départ aux réalités de terrain exprimées par les professionnels.

4.1. Hypothèse 1 : les sage-femmes font face à des obstacles spécifiques au parcours IVG d'une femme mineure et les identifient

L'analyse des entretiens a permis de valider la première hypothèse selon laquelle les sage-femmes font face à des obstacles spécifiques au parcours IVG d'une femme mineure et les identifient.

Bien que le parcours médical ait été jugé globalement fluide, les professionnels pointent du doigt des difficultés liées à la demande de confidentialité par la personne mineure. Dans ce cadre, l'obligation de trouver une personne majeure accompagnante devient un obstacle important. Puis, la gestion de la scolarité et la nécessité de justifier des absences répétées sans alerter la famille constituent une charge supplémentaire identifiée par les sage-femmes.

Enfin, les difficultés d'accès à des CCF ont été largement exprimé par les sage-femmes enquêtées, obligeant souvent à une orientation extérieure pour l'entretien psycho-social obligatoire.

4.2. Hypothèse 2 : les sage-femmes accompagnant des femmes mineures en demande d'IVG disposent de stratégies adaptées à ce parcours afin de surmonter les obstacles

L'analyse des entretiens permet de valider la deuxième hypothèse, selon laquelle les sage-femmes développent des stratégies spécifiques pour surmonter les obstacles propres au parcours des femmes mineures en demande d'IVG.

Cette validation repose d'abord sur une grande adaptabilité de la sage-femme, qui ajuste sa posture à la maturité et à la trajectoire de vie personnelle de la patiente. Pour sécuriser le parcours, notamment en cas de confidentialité, les sage-femmes s'appuient sur des dispositifs facilitateurs comme l'exercice en CSS et la mobilisation de réseaux pluriprofessionnels incluant les CCF, infirmières scolaires, échographistes... Enfin, cette stratégie passe par une disponibilité renforcée, se traduisant par des temps de consultation rallongés spécifiques à l'IVG et la mise à disposition de numéros de téléphones directs, garantissant ainsi un accompagnement adapté à la vulnérabilité de ce public.

IV. ANALYSE ET DISCUSSION

1. Points forts de l'étude

Cette étude présente des points forts significatifs qui peuvent être soulignés.

La force principale de cette étude réside dans son caractère innovant, s'attaquant à un domaine encore peu documenté dans la littérature scientifique actuelle. La pauvreté de la littérature scientifique sur ce sujet, que ce soient des études qualitatives ou quantitatives, s'explique en grande partie par la complexité du cadre réglementaire français régissant la recherche auprès des moins de 18 ans. L'accès à ce public est d'autant plus verrouillé lorsque le sujet touche à l'IVG : alors que la loi garantit aux personnes mineures le droit à la confidentialité vis-à-vis de leurs représentants légaux pour cet acte, le protocole d'une enquête menée directement auprès d'elles, exigerait l'accord de ces mêmes représentants. Cette contradiction rend la parole des patientes mineures presque inaccessible pour la recherche. En se focalisant sur le vécu et les stratégies d'ajustement des sage-femmes, cette étude apporte un éclairage inédit sur des pratiques peu visibles, contournant les obstacles méthodologiques pour analyser une réalité de soin jusqu'ici peu documentée.

Si le recours à la visioconférence ou au téléphone limite le langage non-verbal, ce mode de communication a été un avantage majeur pour élargir le recrutement de sage-femmes à interroger.

En effet, il a pu se faire sur l'ensemble du territoire métropolitain et a permis d'atteindre un effectif garantissant la saturation des données et de diversifier les profils interrogés. En sollicitant des sage-femmes issues de modes d'exercice variés, cette enquête répond aux exigences de la recherche qualitative, dont l'objectif est d'explorer des points de vue plus larges possible afin d'offrir une vision riche et nuancée de la pratique des IVG.

Sur le plan méthodologique, le choix d'une approche qualitative s'est révélé être la plus adaptée pour recueillir les ressentis et les points de vue des professionnels. Les entretiens ont été d'une grande richesse et suffisamment ouverts pour permettre aux sage-femmes d'agréments librement leurs discours d'expériences vécues précises concernant le parcours IVG chez les personnes mineures.

Enfin, cette étude ne s'est pas contentée de répondre seulement à la problématique initiale ; Son caractère exploratoire, propre à l'approche qualitative, a permis de mettre en évidence de nouveaux questionnements et points de vue du parcours IVG des femmes mineures dans notre pays, de la part de certains acteurs impliqués que sont les sage-femmes pratiquant l'avortement. Ceci ouvre d'autres perspectives de recherche à explorer ou à approfondir.

2. Biais de l'étude

Plusieurs biais ont pu influencer les résultats obtenus et doivent être pris en compte lors de l'interprétation.

Le biais de recrutement est le plus notable, car celui-ci s'est fait par sollicitation de sage-femmes pratiquant toutes des IVG. Certaines répondantes sont issues de sollicitations faites auprès d'associations professionnelles de sage-femmes, ce qui induit d'emblée une posture engagée, voire militante de la part de celles-ci. D'autres sage-femmes qui ont répondu positivement, travaillent en CSS qui sont des structures dédiées à l'accueil d'un public mineur et pour les questions relatives à la santé sexuelle, dont l'IVG. Ces sage-femmes peuvent donc présenter une sensibilité accrue à cette thématique et se sont donc plus facilement portés volontaires pour partager leurs expériences.

En outre, un biais lié à l'exposition au public mineur peut être identifié. Les sage-femmes exerçant au sein de structures publiques sont plus facilement confrontées à une patientèle plus jeune que celles exerçant en libéral. Pour celles travaillant en libéral, ceci peut créer un déséquilibre dans leurs expériences et peut impacter leurs perceptions globales des difficultés ou facilités du parcours. Certaines sage-femmes libérales peuvent même ne pas se sentir concernées ou compétentes pour les demandes d'IVG des femmes de moins de 18 ans.

3. Limites de l'étude

La réalisation de ce travail de recherche a été confrontée à plusieurs limites qu'il convient d'exposer pour garantir une transparence de l'analyse.

Conformément aux principes de la recherche qualitative, cette étude n'a pas vocation à la généralisation des résultats à l'ensemble du corps professionnel des sage-femmes. Une limite spécifique réside toutefois dans l'inadéquation d'échelle entre l'étendue géographique du recrutement et le nombre de participants. En ayant ouvert l'enquête à l'ensemble du territoire métropolitain pour faciliter le recrutement des participants, les résultats se trouvent de fait « dilués » géographiquement. Si un effectif de quinze entretiens s'avère pertinent pour analyser le fonctionnement d'un établissement ou d'une structure territoriale, il est plus difficile d'en extraire des conclusions uniformes applicables à l'échelle nationale.

De plus, un biais de diversification des modes d'exercice peut être relevé. En choisissant d'interroger des sage-femmes issues de secteurs variés, l'étude a privilégié la richesse des points de vue au détriment d'une analyse focalisée sur une pratique spécifique. Il aurait pu être tout aussi pertinent de restreindre le champ aux sage-femmes territoriales, actrices de première ligne au sein des structures dédiées aux mineures.

Cette limite est renforcée par une durée de recueil de données relativement courte, qui fige les résultats dans une temporalité précise sans pouvoir observer d'évolution au long cours.

Pour des raisons logistiques et matérielles, les entretiens ont été réalisés par téléphone ou par visioconférence. Ces modalités d'échanges avec les enquêtées empêchent la prise en compte des informations que la communication non-verbale offre habituellement. Cela n'a pas permis de percevoir les gestes associés au discours, les postures ou encore les stratégies d'évitement comme la fuite du regard, privant ainsi l'étude d'une dimension comportementale qui aurait pu enrichir les échanges.

Enfin, cette étude se limite aux points de vue des sage-femmes pratiquant les IVG, incluant l'IVG pour des personnes mineures. Un complément précieux serait de disposer des résultats d'une enquête complémentaire réalisée auprès des personnes concernées, à savoir, les femmes mineures demandant ou ayant demandé à interrompre une grossesse.

4. Analyse des résultats

En premier lieu, les résultats de cette enquête confirment, sans surprise, que les sage-femmes identifient les spécificités réglementaires et spécifiques du parcours IVG des mineures comme des obstacles. L'obligation de l'entretien psycho-social ainsi que l'exigence d'un consentement parental, ou, le cas échéant, la présence d'une personne majeure accompagnante, sont vécues par les sage-femmes comme des contraintes majeures jalonnant le parcours d'IVG des femmes mineures. Cette analyse met en exergue une cohérence entre le cadre législatif et les difficultés rapportées sur le terrain par les participantes de l'enquête. En ce sens, les données recueillies valident les hypothèses initiales de ce travail, démontrant que la réglementation actuelle conditionne et complexifie l'exercice professionnel dans le champ de l'orthogénie.

L'analyse des discours recueillis lors des entretiens met en évidence que l'accompagnement des personnes mineures en orthogénie repose sur une agilité de posture fondamentale. Cette stratégie, que l'on peut qualifier « d'élasticité professionnelle », ne s'appuie pas uniquement sur l'âge civil de la patiente mais sur une évaluation subjective et continue de sa maturité cognitive et émotionnelle. Cette approche des professionnelles fait écho à la complexité définitionnelle de l'adolescence. En effet, comme le souligne l'OMS, l'adolescence se définit moins comme une période chronologique précise mais comme un processus de transition aux multiples métamorphoses, qui sont biologiques, psychiques et sociales. Si l'âge de 18 ans marque un seuil juridique pour la capacité civile en France, la réalité clinique rencontrée par les sage-femmes révèle une frontière entre l'enfance et l'âge adulte. En l'absence d'une définition uniquement basée sur l'âge civil, les professionnelles s'adaptent à la singularité du stade de maturation de chaque patiente, garantissant un accompagnement qui respecte tant les besoins d'autonomie que les impératifs de protection propres à cette étape.

Les sage-femmes modulent ainsi leur intervention, se faisant protectrices et rassurantes pour les plus vulnérables, tout en sachant s'effacer pour restaurer l'autonomie chez les mineures dont la détermination et la compréhension sont jugées plus affirmées. Cette posture adaptative se traduit par des ajustements variés, dans leurs postures, leurs outils, leurs organisations, leurs langages... Tout cet arsenal permet à la mineure de s'approprier pleinement la réalité de l'acte d'avortement ainsi que les étapes de son parcours.

Cet accompagnement, dit « sur-mesure », confère à l'acte de l'interruption volontaire de grossesse un levier d'éducation à la santé s'intégrant tout à fait dans le programme d'Education à la Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle (EVARS). Pour la sage-femme, l'enjeu dépasse la simple gestion d'une grossesse non prévue ; il s'agit d'utiliser ce moment comme une opportunité pédagogique pour permettre à la jeune femme de s'approprier la connaissance de son anatomie, la maîtrise de son avenir contraceptif, la gestion autonome de sa fertilité tout en abordant les notions de consentement et de

relations saines. Ces temps d'échange deviennent alors une fenêtre essentielle et parfois unique au cours de laquelle l'IVG constitue une étape d'autonomisation et de réassurance plutôt qu'un événement purement traumatique. Les résultats soulignent que l'acte médical est souvent relégué au second plan derrière la nécessité d'instaurer un climat de confiance, faisant de la consultation un espace de parole pour l'adolescente.

Les résultats révèlent également une dimension identitaire forte liée à l'évolution de la profession de sage-femme. L'investissement dans le champ de l'orthogénie permet aux sage-femmes de s'extraire du périmètre de la périnatalité pour s'engager dans une mission de santé globale. Cette transition n'est pas sans heurts, car elle se confronte à une image sociale de la profession encore largement restreinte à la naissance et à la maternité. Cet investissement est vécu comme un acte militant et engagé pour les droits des femmes, où la neutralité bienveillante affichée par la soignante sert de rempart éthique contre la culpabilisation sociale ou personnelle souvent ressentie par les adolescentes.

Par ailleurs, l'analyse met en lumière la complexité des dynamiques familiales et le rôle crucial des réseaux de soutien pour une femme de moins de 18 ans faisant face à une grossesse non prévue. La demande de confidentialité de la part de la femme mineure et qui conduit à l'absence de lien avec ses parents dans de nombreuses situations n'est pas uniquement traitée comme un fait social ou un échec de communication, mais comme une situation clinique que les sage-femmes compensent activement par un renforcement du partenariat avec les conseillères conjugales et familiales. Ce binôme sage-femme-conseillère devient le relais symbolique indispensable pour pallier l'isolement de la personne mineure, sécurisant ainsi son parcours, tout particulièrement dans le cadre de la confidentialité. Les résultats montrent que ce travail en binôme occupe une place importante : la CCF apporte à la jeune femme le soutien psychosocial que la sage-femme juge indispensable.

Enfin, l'analyse des entretiens révèle des paradoxes significatifs. Entre autres, il y a des tensions permanentes entre la nécessité de la visibilité du professionnel pour faciliter l'accès à ce parcours d'une part et d'autre part la crainte de s'exposer personnellement du fait d'une pratique encore très stigmatisée.

Ces entretiens révèlent une dualité de perception chez les sage-femmes.

D'une part, il existe une forme de « normalisation apparente » de l'accès à l'IVG pour les moins de 18 ans. Grâce aux évolutions législatives permettant le secret vis-à-vis des représentants légaux, les professionnelles qualifient parfois le parcours de « facile ». Cependant, ce sentiment de fluidité se heurte immédiatement à la persistance d'obligations réglementaires vécues comme des obstacles. Ce paradoxe souligne que l'accessibilité à l'IVG ne signifie pas nécessairement la simplicité du parcours en général.

D'autre part, une contradiction émerge entre la représentation de l'acte et son poids symbolique. Bien que les sage-femmes perçoivent l'IVG comme un acte de soin courant et légitime, elles notent que celui-ci est indissociable d'une certaine charge psychologique.

5. Discussion

5.1. *Posture « maternante » : entre protection bienveillante et risque d'infantilisation*

Cette étude questionne la posture professionnelle « maternante » souvent adoptée face aux adolescentes. Ce positionnement décrit par plusieurs sage-femmes comme une réponse naturelle à l'âge de la patiente mérite d'être questionné. Il convient de se demander si cette posture répond réellement aux besoins de la mineure, qui cherche parfois simplement une expertise technique et une validation de sa maturité, ou si elle sert avant tout à rassurer la sage-femme face à une situation émotionnellement chargée. Cette inclinaison vers le « maternage » pourrait être interprétée comme un transfert affectif où la sage-femme projette ses propres instincts protecteurs, au risque d'infantiliser la patiente plutôt que de favoriser son autonomie réelle. En se plaçant dans une figure substitutive de la mère, la sage-femme peut involontairement instaurer une asymétrie qui freine la prise de parole de l'adolescente. Si la bienveillance est indispensable, une posture trop « maternante » pourrait réactiver chez la mineure des mécanismes de soumission à l'autorité parentale, là où l'IVG devrait être un espace de réappropriation et d'expression de son propre choix. Il est crucial de s'interroger sur le bénéfice réel de cette posture : rend-elle service à la femme qui avorte, ou rend-elle service au professionnel ?

5.2. *Impensé de l'aspect économique*

De plus, la dimension économique de l'accès aux soins a été quasi totalement absente du discours des sage-femmes interrogées. Ce silence interroge et, de fait, ne permet aucune conclusion. Cette interrogation soulève des hypothèses sur la perception du soin et des coûts qui lui sont associés chez ces professionnelles. Par exemple, les frais liés à l'IVG sont, en France, intégralement couverts par l'Assurance Maladie, ce qui pourrait rendre la question financière invisible car automatisée dans le secteur public où l'illusion de la gratuité est intégrée dans la culture professionnelle. Autre hypothèse : existence d'un tabou persistant et plus général au sujet du rapport à l'argent dans l'activité de soin. Pourtant, ce silence laisse dans l'ombre les freins économiques réels qui peuvent être déterminants pour une mineure, notamment lorsqu'elle décide d'être sous le secret. Le coût des transports pour se rendre aux rendez-vous, l'achat de protections hygiéniques en quantité plus importante après l'interruption de grossesse.

5.3. Ambiguïté de l'expert : recommander et orienter

Ce questionnement trouve son origine dans un discours lors d'un entretien. Une sage-femme affirme pouvoir « recommander » une méthode, médicamenteuse ou instrumentale, sans pour autant « orienter » le choix de la mineure. Le verbe « recommander » signifie exhorter quelqu'un à faire quelque chose. La recommandation n'est alors jamais neutre ; surtout lorsque cette recommandation est formulée par un professionnel de santé. Cette recommandation porte à la fois l'autorité médicale et l'intentionnalité qui, de fait, trace une direction préférentielle pour la patiente mais sans le choix de celle-ci. Dans le contexte de la mineure, dont la capacité d'affirmation face à la figure soignante et adulte peut être fragilisée, la recommandation peut devenir une influence voire une injonction. Si la sage-femme préconise une méthode en fonction de ce qu'elle juge être le « meilleur » pour la personne mineure, que ce soit pour des raisons de confort, d'organisation, de rapidité ou de gestion du secret, elle se substitue en partie à la volonté de la patiente.

Recommander une méthode, même sous couvert d'une expertise, revient à teinter le choix de la mineure des propres représentations de la professionnelle. Dès lors, il existe un risque réel que la jeune femme, en quête de validation ou par crainte de décevoir l'adulte qui l'accompagne, s'approprie la recommandation comme étant son propre choix.

5.4. Affirmation professionnelle pour la pratique orthogénie

Depuis l'autorisation de l'IVG médicamenteuse en 2016, les sage-femmes se sont largement approprié cette activité, la transformant en un véritable point d'affirmation professionnelle. En 2026, ce recul de dix années montre que l'orthogénie a permis à la profession de s'émanciper du seul périmètre de la périnatalité. S'investir dans l'orthogénie n'est plus une mission secondaire, mais un acte militant et féministe qui positionne la sage-femme comme une actrice incontournable de la santé sexuelle globale.

Cette évolution repose sur l'idée que les compétences de cette profession dépassent largement le cadre de la maternité, qui prend en compte le pré, per, et post-partum. Les sage-femmes défendent une prise en charge holistique : les femmes qu'elles accompagnent pour une grossesse ou un accouchement sont les mêmes qui, à d'autres moments de leur vie, peuvent avoir recours à une IVG.

Pour les mineures, cette rencontre est d'autant plus déterminante qu'elle constitue souvent leur premier point d'entrée dans un parcours de santé sexuelle et reproductive. C'est une opportunité pour la sage-femme de faire découvrir sa profession ainsi que la spécificité de son accompagnement, afin d'instaurer une relation de confiance et de pérenniser le suivi de la patiente au-delà de cet acte ponctuel.

Toutefois, ce déploiement de compétences se heurte à des contraintes structurelles. Si les données de la DREES confirment la place prépondérante des sage-femmes dans la réalisation des IVG faites en ville, les effectifs demeurent indexés sur le nombre de naissances. Pour les sage-femmes territoriales notamment, ce mode de calcul ignore l'évolution de leur mission. Dans un contexte de baisse de la natalité, les professionnelles réorientent naturellement leur activité vers de nouveaux champs de compétences. Il apparaît donc important que les autorités de santé s'émancipent d'une vision strictement périnatale de la profession pour reconnaître et soutenir le rôle central des sage-femmes dans l'accompagnement global de la santé sexuelle et reproductive des femmes.

V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Cette étude qualitative, menée auprès de quinze sage-femmes, démontre que l'accompagnement des mineures dans le parcours IVG est une pratique ancrée dans l'identité professionnelle et le militantisme féministe des praticiennes. Les résultats révèlent que, si le parcours est jugé globalement facile et accessible, il reste jalonné d'obstacles logistiques et réglementaires importants, tels que la recherche d'une personne majeure accompagnante fiable et la gestion de la confidentialité en milieu scolaire ou en exercice libéral. L'étude valide nos deux hypothèses de départ : les sage-femmes font face à des obstacles spécifiques, et elles disposent de stratégies adaptées pour surmonter ces obstacles. Ces stratégies reposent sur une posture relationnelle ajustée à la maturité de la patiente, une disponibilité renforcée, et la mobilisation de réseaux de confiance. Pour finir, l'IVG chez la mineure est investie par la sage-femme comme un levier d'autonomisation et d'éducation à la vie affective et sexuelle, dépassant le cadre du simple acte médical pour devenir un temps de réappropriation pour les choix de la femme.

Cette enquête a permis de mettre en lumière de nombreux aspects déontologiques, éthiques et d'affirmation professionnelle des sage-femmes qui appellent à des recherches complémentaires pour enrichir la compréhension globale de cette thématique.

Cette étude a délibérément ciblé les sage-femmes, elle n'inclut pas les autres intervenants du parcours IVG. Ce choix centré sur la spécificité de l'accompagnement par les sage-femmes, ouvre néanmoins des perspectives de recherche complémentaires. Il serait pertinent d'explorer, par une étude qualitative, les pratiques et les postures des médecins, généralistes, gynécologues médicaux et gynécologues obstétriciens, mais également celles des conseillères conjugales et familiales et des psychologues. Une telle approche permettrait d'appréhender la prise en charge des mineures dans toute sa dimension pluridisciplinaire.

De plus, une recherche centrée sur les femmes mineures, apparaît comme une étape indispensable. Il serait pertinent de mener une étude qualitative mixte reposant d'une part sur une analyse documentaire de dossiers retraçant les étapes du parcours IVG de femmes de moins de 18 ans. Et d'autre part des entretiens auprès de ces femmes, même devenues majeures, afin de recueillir leur ressenti direct et le confronter à la réalité de leur trajectoire de soins documentés dans leur dossier lors de l'épisode d'avortement. Cette démarche permettrait d'explorer si l'accompagnement réalisé est en adéquation avec leurs besoins.

La réalisation d'une étude quantitative permettrait de consolider les résultats de ce travail qualitatif en mesurant les phénomènes à plus grande échelle. Un changement de méthodologie offrirait la possibilité de confirmer ou infirmer ces résultats au niveau national, en apportant une dimension statistique à l'analyse des pratiques des sage-femmes.

Par ailleurs, il apparaît pertinent de mener une étude sociologique approfondie sur les causes et les mécanismes de l'absence de lien entre les parents et les mineures dans le contexte de l'IVG, afin de mieux comprendre ce phénomène d'isolement familial.

L'arsenal législatif encadrant l'IVG des mineures invite à une réflexion critique. Les obligations spécifiques, telles que l'entretien psychosocial et la désignation d'un majeur accompagnant, pensées pour simplifier le parcours des mineures, remplissent-elles leur rôle protecteur ou constituent-elles des entraves à l'autonomie et à la fluidité du parcours ?

Dans la pratique quotidienne, il apparaît que les sage-femmes associent presque spontanément la prise en charge d'une mineure à l'exigence de confidentialité. Cette question du secret est un automatisme mental tant elle conditionne l'ensemble du parcours. Cependant, ce lien indissociable entre « mineure » et « anonymat » souligne un paradoxe. Si la confidentialité est le garant de la protection de la femme mineure, sa mise en œuvre demeure pesante. Malgré les dispositifs déjà existants, la complexité administrative liée au respect du secret, notamment pour masquer les prescriptions et la facturation aux représentants légaux, pèse de manière disproportionnée sur le travail des professionnelles. Il semble donc important de réfléchir à des outils plus simples pour éviter une surcharge administrative.

Malgré les obstacles identifiés dans cette étude, l'IVG demeure une solution pour une majorité de ces jeunes femmes qui, sans recours à l'avortement, se verraient propulser dans une maternité qui changerait immédiatement et durablement leur trajectoire de vie. L'image persistante de l'IVG comme problème, voire problème de santé publique, ne réside donc pas tant dans le parcours de soins, que dans le regard que la société pose sur l'avortement. Un changement de paradigme doit s'opérer sur ce sujet pour normaliser ce parcours et en particulier pour les femmes mineures. Les sage-femmes orthogénistes n'auraient-elles pas déjà amorcé ce changement ?

VI. BIBLIOGRAPHIE

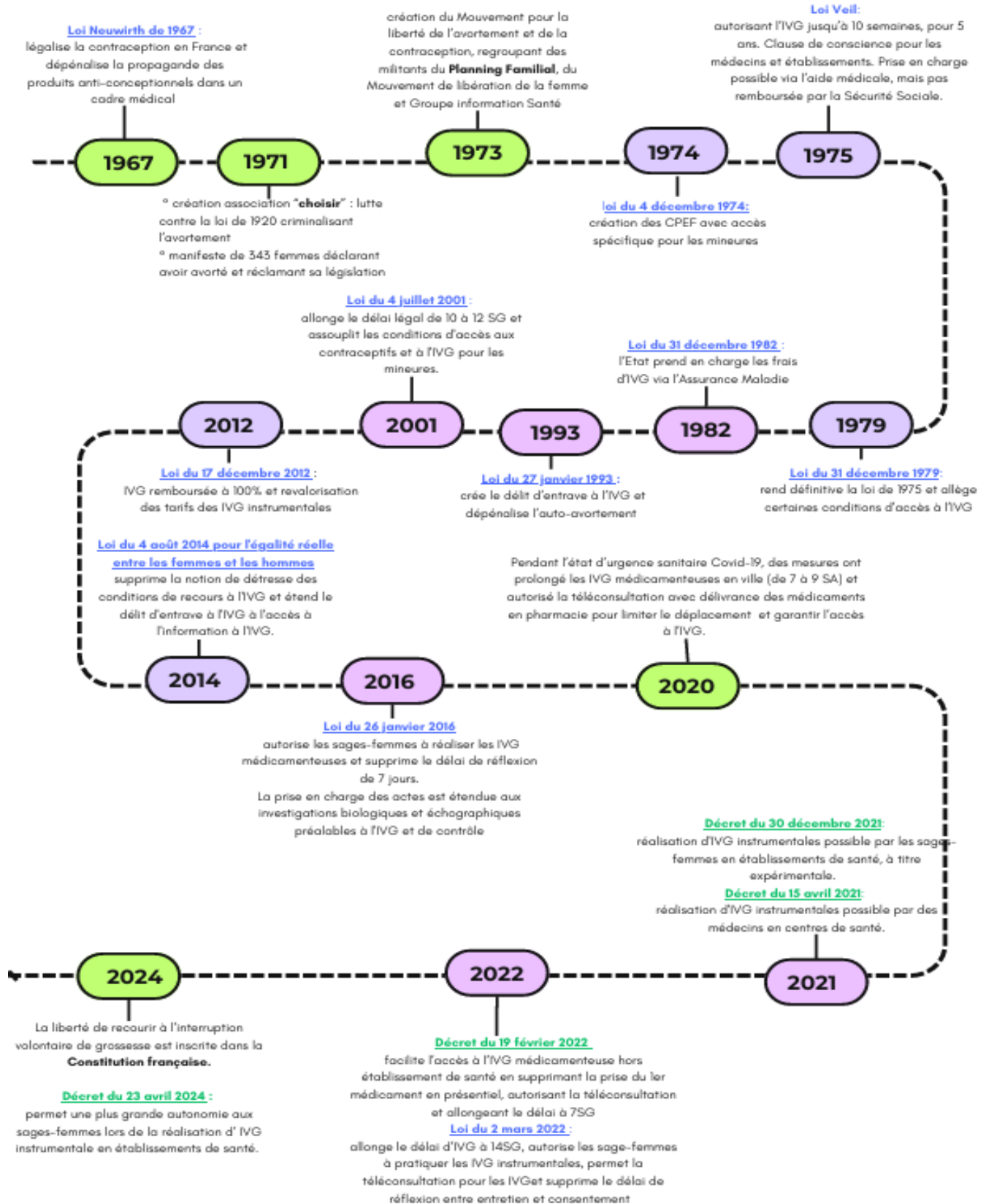
1. Contraception et IVG – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047757?sommaire=6047805#documentation>
2. FranceArchives [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Ministère de la santé, Direction générale de la santé : législation sur l'interruption volontaire de grossesse (1975-2001). Disponible sur: <https://francearchives.gouv.fr/fr/findingaid/a7ac6b6ed1dc23f1dd0680adc4a22bcf5822ef42>
3. Décret n° 2024-367 du 23 avril 2024 modifiant les conditions d'exercice par les sages-femmes de la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissement de santé - Légifrance [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049465183>
4. Le droit à l'avortement | ivg.gouv.fr [Internet]. 2022 [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/le-droit-lavortement>
5. Article L2212-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930136/
6. Avortement [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
7. En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80 % sont médicamenteuses | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250925-ER-ivg-en-france-en-2024>
8. La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/240924_ER_Nombre_IVG
9. Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/le-nombre-des-interruptions-volontaires-de>
10. IVG [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/3647_ivg/information/
11. La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/240924_ER_Nombre_IVG
12. content.pdf [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1320a182-5fe2-4451-938f-ddbe76370dab/content>
13. Gerardin P, Boudailliez B, Duverger P. Médecine et Santé de l'Adolescent: Pour une approche globale et interdisciplinaire. Elsevier Health Sciences; 2019. 503 p.

14. Santé des adolescents [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>
15. Loi n° 74-631 du 5 juillet 1974 fixant à dix-huit ans l'âge de la majorité - Légifrance [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000700039/>
16. Chapitre III : De l'émancipation (Articles 413-1 à 413-8) - Légifrance [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000006136229/
17. Y a-t-il des conditions pour avorter ? | ivg.gouv.fr [Internet]. 2022 [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/accéder-a-ivg>
18. Article L1111-5 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927576
19. Article L2212-7 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930097/
20. LOI n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants (1) - Légifrance [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045133771/>
21. Article L1111-5 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927576/2021-12-31
22. Article R4127-42 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043588175
23. Article L1111-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020890189/2012-10-05/
24. Montpellier CHU de. CHU de Montpellier : Site Internet [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Patiente mineure. Disponible sur: <https://www.chu-montpellier.fr/fr/ivg/patiente-mineure>
25. Les étapes préalables à l'IVG | ivg.gouv.fr [Internet]. 2024 [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/les-etapes-prealables-livg>
26. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception - Légifrance [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631/>
27. Santé M de la, Famille de la, handicapées de l'Autonomie et des P, Santé M de la, Famille de la, handicapées de l'Autonomie et des P. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Conseiller(ère) conjugal(e). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/soins/sousfamille/conseil-aux-personnes-et-education-physique-34/metier/conseiller-ere-conjugal-e>
28. Gouvernement français. Le premier temps : la consultation d'information. [Internet] IVG.gouv;2024 [cité le 27 avr 2026]. Disponible sur : https://ivg.gouv.fr/sites/ivg/files/2024-02/IVG_Premier%20temps%20La%20consultation%20d%27information.pdf

29. Mortureux A. La place de la parole dans l'entretien pré-IVG. *Laennec*. 2010;58(2):6-17.
doi:10.3917/lae.102.0006
30. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 27 avr 2026]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000031913406>
31. Article L2212-10 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 27 avr 2026].
Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042685347/2021-01-24

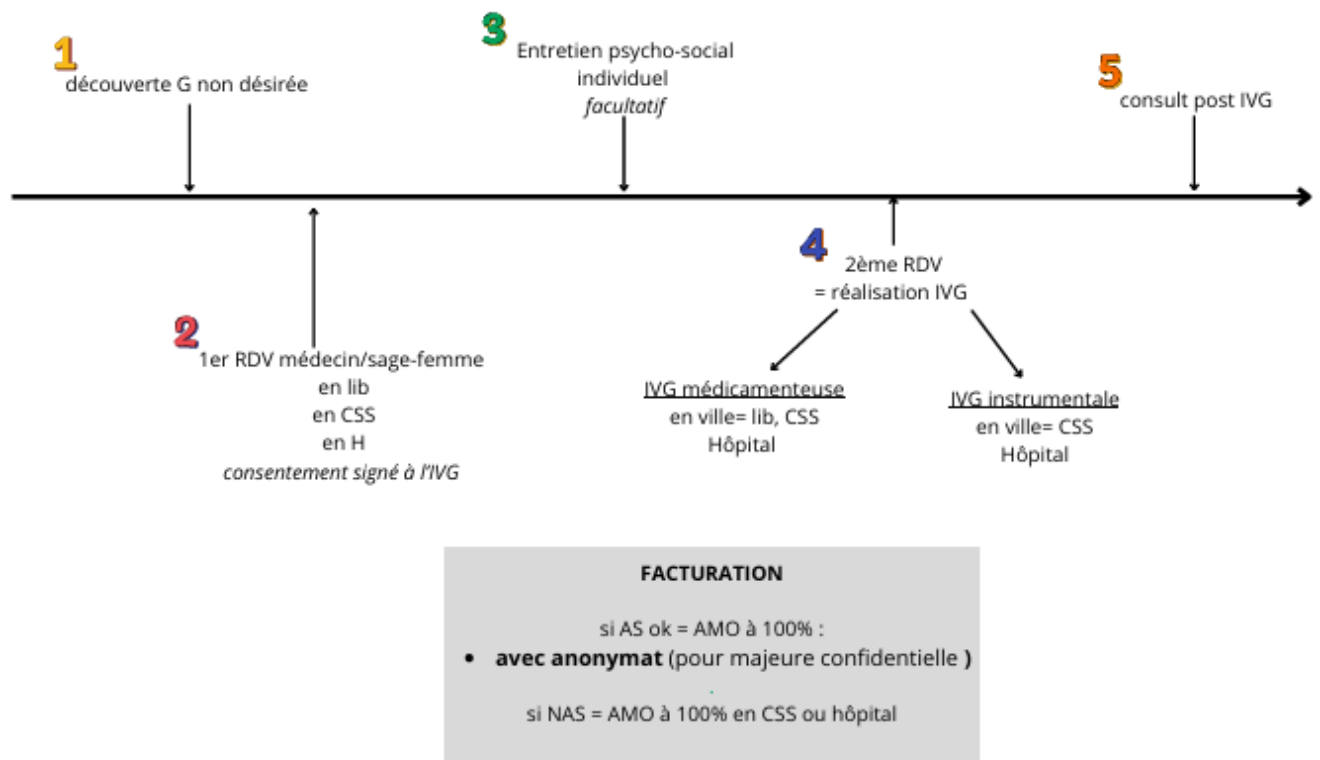
VII. ANNEXES

Annexe I : Frise chronologique de l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse



Annexe II : Schéma du parcours IVG chez les femmes majeures

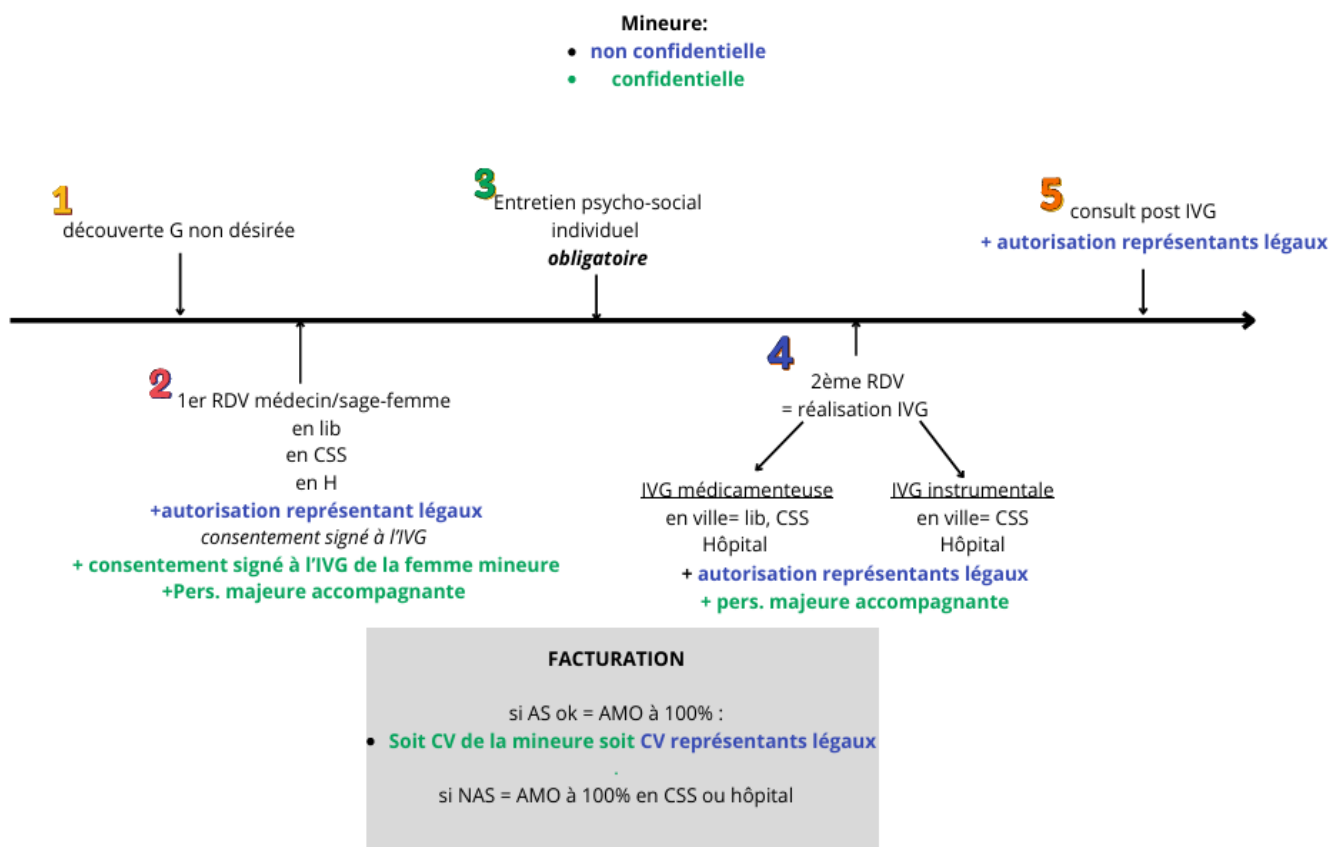
Parcours IVG: femme majeure confidentielle et non confidentielle



NB: les temps 2-3-4 peuvent avoir lieu le même jour

Annexe III : Schéma du parcours IVG chez les femmes mineures

Parcours IVG: femme mineure confidentielle et non confidentielle



NB: les temps 2-3-4 peuvent avoir lieu le même jour

Introduction et préambule de l'entretien

Présentation : Remerciements et sujet du mémoire (L'accompagnement des personnes mineures dans le parcours IVG)

Objectifs : Recueil des expériences et points de vue des sage-femmes

Cadre éthique : Anonymat, confidentialité, enregistrement et droit de retrait

I. Première partie : Profil de la sage-femme :

- Âge, sexe, année de diplôme
- Description du parcours professionnel depuis le diplôme jusqu'à ce jour
- Description de l'activité professionnelle actuelle
- Points importants dans ce parcours

II. Deuxième partie :

Objectif principale (H1) : recueillir le point de vue des sage-femmes sur le parcours IVG chez les femmes mineures.

- a. **Objectif spécifique :** Recueillir les perceptions de la sage-femme sur le parcours IVG global, indépendamment du profil de la patiente (mineure ou majeure) ou de la méthode utilisée (méthode médicamenteuse ou chirurgicale).

Pouvez-vous me décrire, de votre point de vue, le déroulement d'un parcours IVG, en incluant les patientes mineures comme majeures, tant pour les méthodes médicamenteuse que chirurgicale ?

- *Selon vous, le parcours IVG est-il facile pour les femmes aujourd'hui ? Pourquoi ?*
- *Selon vous, pour les professionnels, « pratiquer l'IVG » est-ce facile aujourd'hui ? Pourquoi ?*

- b. **Objectif spécifique :** Identifier la vision de la sage-femme relative à la patiente mineure et les particularités de l'accompagnement relationnel hors cadre de l'orthogénie.

Comment percevez-vous les jeunes femmes mineures que vous accompagnez, et la relation de soin que vous établissez avec elles ?

- *Quelle est votre expérience professionnelle de soins à personnes mineures ?*
- *Quelle est votre aisance vis-à-vis du cadre réglementaire des soins aux personnes mineures en général ? Et dans le champ de la santé sexuelle et reproductive en particulier ?*
- *Comment adaptez-vous votre pratique auprès du public mineur ? (Exemples : vocabulaire, supports visuels, orientation vers des ressources en lignes...) ?*
- *Quelles méthodes utilisez-vous pour évaluer la compréhension de la patiente mineure concernant les informations délivrées ?*
- *Comment créez-vous un climat de confiance lors de ces consultations ?*

- *Concernant l'obligation légale d'un accompagnant majeur : de quelle manière introduisez-vous cette nécessité auprès de la patiente ? Proposez-vous un temps d'échange spécifique avec cet accompagnant et, le cas échéant, ce dernier se déroule-t-il en présence ou en l'absence de la mineure ?*
 - *En dehors du parcours IVG, avez-vous déjà eu l'expérience de l'accompagnement d'une patiente mineure dans le cadre d'un suivi de grossesse, d'un accouchement, ou du post-partum ?*
- c. **Objectif spécifique :** Explorer la vision de la sage-femme relative à l'IVG chez les personnes mineures.

Quelles représentations avez-vous de l'IVG lorsqu'elle concerne une patiente mineure ?

- *Selon vous, quels sont les besoins spécifiques des personnes mineures en matière d'accompagnement ?*
- *Comment présentez-vous les différentes méthodes d'IVG aux femmes mineures ?*
- *Comment appréhendez-vous l'accompagnement d'une IVG pour une femme majeure par rapport à une femme mineure ?*
- *Pensez-vous que le fait d'être mineure complique le parcours IVG ? Pourquoi ?*
- *Qu'est-ce que cela suscite en vous, personnellement ou professionnellement, d'accompagner une personne mineure en demande d'une IVG ?*
- *Comment abordez-vous la discussion autour de la contraception post-IVG ?*
- *Comment abordez-vous les thèmes comme les IST, partenaire sexuel ?*

III. Troisième partie :

Objectif principale (H2) : Identifier les outils et adaptations mobilisés par la sage-femme lors de l'accompagnement des femmes mineures dans un parcours IVG

- a. **Objectif spécifique :** Identifier les modalités pratiques des consultations du parcours IVG

Pouvez-vous me décrire les modalités pratiques des consultations du parcours IVG ?

- *Faites-vous participer les parents ou la personne accompagnante majeure pendant la consultation ?*
- *Accordez-vous plus de temps pour les consultations avec les personnes mineures ? Si oui pourquoi ?*
- *Combien de consultation prévoyez-vous pour les femmes mineures en demande d'IVG ?*
- *Comment procédez-vous pour la prise/remise des comprimés pour les IVG médicamenteuses ? La personne mineure prend-elle les comprimés devant vous ou à son domicile ?*
- *Comment abordez-vous la question des violences avec une personne mineure ?*
- *Comment gérez-vous les examens complémentaires ? (Échographie, laboratoire)*

- b. **Objectif spécifique :** documenter les relations interprofessionnelles mobilisées par la sage-femme au cours d'un accompagnement de personne mineure souhaitant interrompre sa grossesse.

Quelles sont, selon vous, les relations interprofessionnelles importantes dans l'accompagnement d'une mineure souhaitant interrompre sa grossesse ?

- Êtes-vous en lien avec des conseillères conjugale et familiale ? Médecins généralistes ou spécialistes (exemple : gynéco-obstétricien, anesthésistes) ? Autres ressources ?
- Est-ce que vous adhérez à un réseau IVG ?
- Est-ce important pour vous d'appartenir à un réseau ?
- Êtes-vous rassurée de travailler avec d'autres professionnels ?

- c. **Objectif spécifique :** recueillir le point de vue plus général de la sage-femme sur l'accompagnement des mineures dans le parcours IVG : au-delà de son expérience propre

De manière générale, comment percevez-vous le parcours IVG des mineures au-delà de votre propre expérience ?

- Quels sont les obstacles identifiés lors de l'accompagnement du parcours IVG chez les personnes mineures ?
- D'après vous, quels sont les freins que les femmes mineures rencontrent spécifiquement dans leur parcours IVG ?
- D'après vous, qu'est ce qui rend difficile l'accès à l'IVG chez les femmes mineures ?

IV. Quatrième partie :

Objectif principal : Identifier les changements ou améliorations que la sage-femme estime nécessaire dans la prise en charge des mineures en demande d'une IVG.

Selon vous, quelles améliorations ou évolutions pourraient être apportées au parcours IVG pour les mineures ?

- Quel impact ces prises en charge ont-elles eu sur votre manière d'aborder le soin de façon plus globale ?
- Quelles compétences ou formations supplémentaires seraient utiles pour mieux accompagner les mineures ?
- De quoi auriez-vous besoin pour mieux accompagner les femmes mineures en demande IVG ?
- Quelles formes de soutien manquent actuellement dans l'accompagnement d'une femme mineure en demande d'IVG ?
- Y a-t-il des exemples de bonnes pratiques, de votre expérience ou ailleurs, qui pourraient être généralisées ?

Clôture de l'entretien et libre expression

Annexe V : Grille synthèse des résultats

Items identifiés				SF1	SF2	SF3	SF4	SF5	SF6	SF7	SF8	SF9	SF10	SF11	SF12	SF13	SF14	SF15			
Thème 1: Parcours IVG mineure	Parcours IVG en général	Prise de contact facile (R1)	oui	R1		R1	R1					R1	R1			R1	R1		R1		
			non		R1																
		1er RDV facile (R2)	oui		R2	R2	R2		R2		R2	R2	R2	R2	R2	R2	R2	R2	R2		
			non	R2																	
		Accès échographie facile (R3)	oui		R3		R3	R3	R3	R3			R3	R3	R3	R3	R3	R3	R3		
			non	R3		R3						R3									
		Accès aux examens de laboratoire facile (R4)	oui	R4	R4			R4			R4		R4		R4			R4	R4	R4	
			non			R4					R4		R4								
		Accès entretien CCF facile (R5)	oui	R5	R5		R5	R5	R5			R5		R5	R5	R5	R5	R5	R5	R5	
			non			R5							R5								
		Orientation appropriée facile (R6)	oui	R6		R6				R6	R6	R6	R6	R6	R6	R6					
			non									R6								R6	
		IVG med dès le 1er RDV (R7)	oui									R7			R7	R7	R7				R7
			oui sous conditions	R7	R7	R7		R7	R7												
			non				R7								R7			R7	R7		
	Soins à personne mineure	Autorisation parentale pour soins à personne mineure (R8)	Présente dans le discours	R8	R8	R8	R8		R8	R8	R8		R8	R8	R8						
			Non présente dans le discours					R8					R8						R8		
			Souci du lien entre femme mineure et autorité parentale: oui	R8	R8	R8			R8		R8	R8	R8			R8	R8				
			Souci du lien entre femme mineure et autorité parentale: non				R8												R8		
		Demande de confidentialité de la personne mineure (R9)	Pose problème	R9	R9	R9	R9	R9	R9	R9	R9	R9	R9	R9						R9	
			Ne pose pas problème					R9						R9		R9		R9			
		Obligation d'entretien psycho-social (R10)	Pose problème			R10		R10													
			Ne pose pas problème	R10	R10		R10					R10		R10		R10					
		Facilité du parcours IVG chez les mineures selon la SF	oui		R10B	R10B		R10B	R10B	R10B							R10B	R10B	R10B		
non						R10B						R10B	R10B	R10B	R10B		R10B		R10B		

Thème 2: Outils et adaptations mobilisés par la SF pour le parcours IVG chez les personnes mineures	Modalités de la cst SF pour personne mineure demandant IVG	augmentation de la durée de cst spécifique aux femmes mineures (R11)	oui					R11	R11		R11				R11				R11		
			non	R11	R11	R11				R11		R11	R11	R11							
		Utilisation du tutoiement spécifique aux femmes mineures (R12)	oui					R12				R12	R12			R12					
			non	R12	R12											R12	R12		R12	R12	
		Techniques de mise en confiance utilisées spécifiquement pour les femmes mineures (R13)	s'adapte au contexte (non systématique)			R12	R12		R12	R12				R12	R12	R12					
			oui			R13	R13	R13				R13	R13	R13						R13	
			non	R13	R13	R13										R13	R13	R13			
		Techniques de vérification/adaptation à la compréhension utilisées spécifiquement pour les femmes mineures (R14)	oui					R14							R14	R14				R14	
			non	R14	R14	R14	R14				R14	R14		R14				R14			
		Utilisation de supports spécifiques aux personnes mineures (R15)	oui					R15				R15		R15							
			non	R15	R15	R15	R15				R15					R15			R15	R15	
		Mise à disposition de contacts téléphoniques spécifique aux femmes mineures (R16)	oui	R16		R16			R16		R16	R16									
			non				R16	R16								R16	R16				
		Prise de mifégyne à domicile (R17)	oui																		
			non																		
			s'adapte au contexte (non systématique ou sous conditions)	R17	R17	R17		R17	R17	R17	R17		R17		R17		R17	R17		R17	
		Consultation réalisée avec la femme mineure seule (R18)	oui (systématiquement)		R18	R18			R18	R18	R18	R18						R18	R18		
			non (systématiquement)	R18			R18														
			s'adapte au contexte												R18	R18	R18			R18	
	Représentation de ce que doit être la posture de la SF (face à la demande d'IVG d'une femme mineure)	Maternante (R19)	oui	R19			R19		R19		R19	R19				R19				R19	
			non																		
		Infantilisante (R20)	oui	R20		R20															
			non																		
		Disponible (R21)	oui			R21						R21				R21					
			non																		
		Bienveillante/rassurante/aidante/enveloppante/précautionneuse (R22)	oui	R22		R22	R22		R22							R22	R22		R22		
			non																		
		Militante (féministe) (R23)	oui	R23				R23				R23					R23				
			non																		
		Non jugeante/non discriminatoire/non stigmatisante/non culpabilisante (R24)	oui	R24		R24	R24	R24	R24	R24	R24	R24	R24				R24	R24			
			non																		
		Non dominante/respect de l'autonomie de la patiente/empathique (R25)	oui				R25	R25					R25	R25			R25				
			non																		
		Educative/pédagogique (R26)	oui													R26	R26				
			non																		
	Représentations sur les besoins spécifiques des personnes mineures	Accompagnement spécifique aux personnes mineures (R27)	oui	R27	R27		R27				R27	R27	R27		R27	R27				R27	
			non			R27															
		Mesures organisationnelles du fait de la minorité (R28)	oui										R28				R28				
			non																		
		Prévention spécifique auprès du public mineur: importance de l'EVARS (présente dans le discours) (R29)	oui	R29				R29	R29			R29					R29	R29	R29	R29	
			non																		

Thème 3: Obstacles spécifiques au parcours IVG des personnes mineures	Personne majeure accompagnante perçue comme un obstacle	Perçue comme un obstacle (R30)	oui	R30		R30	R30		R30		R30						R30	R30	
			non					R30		R30									
		Perçue comme une aide (R31)	oui					R31		R31									R31
			non																
	Aspects organisationnels identifiés comme obstacles	Temps (délai de RDV, temps de la consultation...) : spécifique à la personne mineure ? (R32)	oui					R32				R32			R32			R32	R32
			non	R32	R32					R32				R32					
		Traçabilité des absences par établissement scolaire: spécifiques à la personne mineure? (R33)	oui					R33	R33					R33					
			non	R33	R33	R33				R33	R33						R33	R33	R33
		IVG entre 12 et 14 SA: spécifique mineure? (R34)	oui																
			non											R34					
	Accessibilité	Dimension géographique = frein? (R35)	oui					R35	R35			R35	R35		R35	R35		R35	R35
			non											R35					
		Dimension de l'offre de soins IVG = frein? (R36)	oui					R36	R36	R36	R36								
			non	R36	R36									R36					
		Dimension socio-culturelle = frein? (R37)	oui					R37							R37	R37			R37
			non	R37															
		Dimension économique = frein? (R38)	oui					R38											
			non																
	Accompagnement	Certains contextes de vie représentent un obstacle ou un obstacle plus important d'accès à l'IVG pour une femme mineure versus une femme majeure (R39)	oui			R39				R39				R39		R39		R39	
			non																
Thème 4: Eléments impactants positivement ou négativement la prise en soin des IVG par la SF et en particulier pour la femme mineure	Eléments impactant positivement la prise en soin des IVG par la SF, en particulier pour la femme mineure	Lien entre IVG et EVARS (R40)	oui	R40					R40	R40				R40			R40	R40	R40
			non																
		Sentiment d'appartenir à un réseau professionnel (R41)	oui	R41	R41	R41			R41									R41	R41
			non																
		IVG = pratique valorisante pour les SF (opportunité, visibilité professionnelle) (R42)	oui	R42	R42			R42	R42					R42					
			non																
	Eléments impactant négativement la prise en soin des IVG par la SF, en particulier pour la femme mineure	Aspects organisationnels (cst téléphonique, transports, prise des médicaments, disponibilité du médecin...) (R43)	Oui		R43	R43	R43			R43									R43
			non																
		Lien entre IVG et EVARS (R44)	Oui																
			non																
		Sentiment d'appartenir à un réseau professionnel (R45)	Oui																
			non																
Thème 5: Les paradoxes	Eléments impactant négativement la prise en soin des IVG par la SF, en particulier pour la femme mineure	IVG = pratique valorisante pour les SF (opportunité, visibilité professionnelle) (R46)	Oui						R46										
			non																
		Aspects organisationnels (cst téléphonique, transports, prise des médicaments, disponibilité du médecin...) (R47)	Oui						R47	R47	R47				R47	R47			
			non																
			oui		R47	R47													
			non																
	Discours ou propos paradoxaux (R48)		oui	R48				R48				R48							
			non		R48	R48			R48	R48			R48		R48	R48	R48	R48	R48

VIII. GLOSSAIRE

ANSFO : Association Nationale des Sage-Femmes Orthogénistes

CCF : Conseillère Conjugale et Familiale

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CSP : Code de la Santé Publique

CSS : Centre de Santé Sexuelle

DE : Diplôme d'État

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EVARS : Éducation à la Vie Affective et Relationnelle et à la Sexualité

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PMI : Protection Maternelle Infantile

SF : Sage-Femme

IX. RESUME

Introduction : En France, bien que l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) soit un droit fondamental, le parcours des mineures reste marqué par des spécificités législatives et éthiques, notamment autour de la confidentialité et de l'autonomie. Les sage-femmes, actrices majeures de l'orthogénie, jouent un rôle pivot dans cet accompagnement.

Objectifs : Cette étude vise à explorer le vécu et les représentations des sage-femmes orthogénistes concernant l'accompagnement des mineures. L'objectif est d'identifier les obstacles rencontrés et les stratégies d'adaptation déployées par ces professionnelles pour sécuriser le parcours.

Méthodologie : Une approche qualitative a été privilégiée à travers la réalisation de quinze entretiens semi-directifs auprès de sage-femmes exerçant en milieux divers (libéral, hospitalier, centres de santé sexuelle) en France métropolitaine. L'analyse des données a été effectuée selon une méthode thématique jusqu'à saturation des données.

Résultats : L'étude révèle que si le parcours est jugé globalement facile et accessible, il est jalonné de freins logistiques (absences scolaires) et réglementaires (choix de la personne majeure accompagnante). La demande de secret cristallise les difficultés, particulièrement en exercice libéral où le risque de rupture de la confidentialité est accru. Les sage-femmes compensent ces obstacles par une posture relationnelle ajustée à la maturité de la patiente, une disponibilité renforcée et la mobilisation de réseaux pluriprofessionnels. L'IVG est également investie comme un temps clé d'éducation à la santé sexuelle.

Conclusion : L'accompagnement des mineures repose sur une éthique de l'agilité, où la sage-femme concilie expertise technique et militantisme. Ce travail démontre que l'IVG est un levier d'autonomisation, mais appelle à une perspective de recherche cruciale sur le vécu émotionnel des patientes et les causes sociologiques de l'isolement parents-mineures, afin de garantir une prise en charge réellement adaptée aux besoins des jeunes femmes.

Mots-clés : Interruption Volontaire de Grossesse, Personne mineure, Sage-femme, Accompagnement, Confidentialité, Orthogénie, Autonomie, Santé Sexuelle et Reproductive

X. ABSTRACT

Introduction: in France, although abortion is a fundamental right, the healthcare pathway for minors remains shaped by specific legislative and ethical challenges, particularly regarding confidentiality and autonomy. Midwives, as key players in orthogenics, play a pivotal role in this support process.

Objectives: This study aims to analyze the specificities of the care provided to minors by midwives, identifying the obstacles encountered and the adaptation strategies deployed by these professionals to secure the medical pathway.

Methodology: A qualitative approach was adopted through fifteen semi-structured interviews with midwives practicing in various settings (private practice, hospitals, and sexual health centers) in metropolitan France. Data analysis was conducted using a thematic method until saturation was reached.

Results: The study reveals that while the pathway is generally considered easy and accessible, it's punctuated by logistical barriers (school absences) and regulatory constraints (the choice of a mandatory adult companion). Requests for confidentiality crystallize these difficulties, especially in private practice where the risk of a breach of secrecy is higher. Midwives compensate for these obstacles through a relational posture adjusted to the patient's maturity, increased availability, and the mobilization of multi-professional networks. Abortion is also viewed as a key opportunity for sexual health education.

Conclusion: Providing care for minors relies on an "ethics of agility", where midwives reconcile technical expertise with advocacy. This work demonstrates that abortion is a lever for empowerment but calls for crucial research perspectives on patient's emotional experiences and the sociological causes of parent-minor isolation, to guarantee care that is truly adapted to young women's needs.

Keywords: Abortion, Voluntary Termination of Pregnancy, Minor, Midwife, Support, Confidentiality, Autonomy, Sexual and Reproductive health