

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Modalités de contraception chez la femme en situation de déficience
intellectuelle dans les régions du Nord et du Pas de Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 04 novembre 2021 à 16h00

Au Pôle Formation de la Faculté

Par Louise JOLIVET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Professeur Benoit DERVAUX

Directeur de thèse :

Madame la Docteur Julia TARRAGON

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

MST : maladie sexuellement transmissible

IME : institut médico-éducatif (anciennement séparé en IME pour les 6 à 20 ans ; Internat médico-pédagogique ou IMP pour les 3 à 14 ans et institut médico- professionnel ou IMPro pour les 14 à 20 ans)

ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail

FAM : foyer d'accueil médicalisé

OMS : organisation mondiale de la santé

CIM : classification internationale des maladies

CCP : La première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, réalisée à tarif opposable par le médecin généraliste. 46 euros pris en charge à 100%

PMI : protection maternelle et infantile

CCNE : comité consultatif national d'éthique

UNAPEI : union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis

TDAH : trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

HAS : haute autorité de santé

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

HPV : human papillomavirus

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
Matériels et Méthodes	6
1. Type d'étude	6
2. Méthode de recrutement	6
3. Population concernée	6
4. Questionnaires	7
5. Analyse des données	7
Résultats	9
1. Les participantes	9
2. Le mode de contraception	11
2.1. Mode de contraception	11
2.2. Cause d'une absence de contraception	12
3. L'instauration de la contraception	12
3.1. Consultation dédiée (équivalent cotation CCP)	12
3.2. Choix de la contraception	14
4. Le suivi	15
5. L'abord de la vie affective	16
6. Grossesses	17
Discussion	18
1. Forces de l'étude	18
1.1. Méthode de l'étude	18
1.2. Analyse des résultats	18
1.3. Originalité du sujet	18
2. Limites et biais	19
2.1. Faible effectif et biais de sélection	19
2.2. Biais d'information	20
3. Discussion des résultats	21
3.1. Leur contraception par rapport à la population générale	21
3.2. La place de l'entourage	22
3.2.1. Protection et mesure de santé	22
3.2.2. Population étudiée	23
3.3. La place du médecin généraliste	24
3.3.1. Limites pour les professionnels de santé	24
3.3.2. Supports possibles	26
3.4. L'abord de la vie sexuelle et affective	28
Conclusion	30
Références	32
Annexes	34

Annexe 1: questionnaire	34
Annexe 2 : Historique détaillé des lois	36
Annexe 3 : CIM-10 Version 2008 Chapitre V :Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)	43
Retard mental (F70-F79)	43
Annexe 4 : iconographie de santebd.org	45

Résumé

Contexte : l'introduction de la contraception et la prévention des MST fait l'objet d'un temps de consultation dédié pour la femme en médecine générale. Dans la population en situation de déficience intellectuelle, jusqu'en 1996, la stérilisation était la contraception proposée. Aujourd'hui, ces femmes ont les mêmes droits que celles de la population générale. Cette étude a pour objectif de comprendre quelles sont les modalités de prescription de la contraception chez les femmes de cette population vulnérable.

Méthode: Etude quantitative observationnelle multicentrique par entretiens structurés par questionnaires auprès des établissements médico-sociaux du Nord et du Pas de Calais. Le recueil des données a été effectué du 15/12/2020 au 31/06/2021. Les données ont été analysées par la doctorante et contrôlées par la directrice de thèse.

Résultats: 110 réponses ont été obtenues. La moyenne d'âge était à 23,74 ans. Les femmes étudiées étaient déficientes intellectuelles modérées pour la plupart et une partie avaient des rapports sexuels connus. Les deux modes de contraception principaux étaient la pilule et l'implant contraceptif. En cas d'absence de contraception, cela était majoritairement dû à un refus familial. La plupart des femmes avaient bénéficié d'un temps de discussion autour de la contraception via une infirmière ou un médecin mais le choix était effectué par l'entourage ou les équipes des établissements médico-sociaux. Peu de patientes en âge d'effectuer un suivi préventif contre le cancer de l'utérus le faisait. Enfin, près de la moitié de ces patientes abordaient librement leur vie affective au sein des structures interrogées.

Conclusion: Les femmes en situation de déficience intellectuelle bénéficient principalement d'une contraception par pilule ou implant mais ne les choisissent pas directement pour 84,45% d'entre elles. Les limites de compréhension et de communication rendent la relation avec ses patientes plus complexe. De plus, il faudrait laisser plus de place à l'autodétermination de ces patientes dont l'entourage reste très présent.

Introduction

En médecine générale, la question de la sexualité est abordée avec nos jeunes patientes au moment de l'introduction de la contraception. Cette étape clé dans leur vie de femme est aussi, pour nous, l'occasion d'aborder les rapports à risque, la prévention des MST, le but de la contraception et les différentes modalités de compréhension et de mise en place de celle-ci.

Historiquement, il y a eu d'abord la loi Neuwirth du 28 décembre 1967 légalisant l'utilisation de la pilule contraceptive chez la femme en âge de procréer (1). Puis sa gratuité et son anonymat sont apparus dans les centres de planification pour les mineures avec la première loi Veil du 4 décembre 1974 a été voté (2).

Ensuite, la loi Veil du 17 janvier 1975 autorise l'interruption volontaire de grossesse. Ces faits se sont accompagnés d'une liberté acquise pour la femme dans sa vie sexuelle et dans ses pratiques (3). Elle obtient ainsi la possibilité légale de vivre sa vie de femme selon ses envies et sans les craintes d'une grossesse non désirée. (Annexe 2)

Dans le même temps, la médecine générale a dû évoluer pour accompagner les femmes et leur permettre un épanouissement dans leur vie affective. La discussion s'est développée autour de la notion de prévention des grossesses non désirées, de l'utilisation des moyens de contraception, de l'accompagnement des interruptions volontaire de grossesse et de son potentiel impact émotionnel.

En 1981, les premiers cas de SIDA sont déclarés et la voie de transmission sexuelle est découverte (4). La prévention médicale se développe alors et l'information des patients sur cette voie de transmission devient primordiale.

En conséquence, le temps de consultation dévolu à la contraception et la prévention des rapports à risques augmente significativement. Cela est peu à peu devenu une mission de santé publique relayée en grande partie par la médecine générale. Cette problématique a été valorisée le 1er novembre 2017 avec l'apparition de la cotation CPP. En effet, les jeunes femmes de 15 à 18 ans (secondairement étendu à toutes les femmes mineures en 2020) peuvent désormais bénéficier d'une consultation dédiée à la prévention des maladies sexuellement transmissibles et à la contraception prise en charge à 100% par l'assurance maladie sans avance de frais (5).

Aujourd'hui, 8% des femmes de la population générale (non ménopausées, non stériles et non enceintes) n'utilisent aucune contraception (6).

Qu'en est-il des patientes « vulnérables » ?

Avant 1996, la contraception proposée à ces patientes était la stérilisation chimique par Médroxyprogestérone ou la stérilisation chirurgicale. En avril de cette année, le CCNE a rédigé un avis concernant la contraception des patientes en situation de déficience intellectuelle. Ce document, étayé et clair, démontrait que ces femmes avaient le droit aux mêmes choix que les autres. (7)

Ce texte rappelait aussi la loi article 16-3, introduit dans le Code civil par la loi n°94-653 du 29 juillet 1994, qui stipule : " Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. »

Ainsi, la question de la contraception chez la population en situation de déficience intellectuelle a été enfin soulevée.

Depuis, très peu d'articles ou de publications ont été publiés sur ce sujet, ce qui nous a porté à nous interroger.

L'objectif principal de notre étude était donc d'observer les modalités de contraception chez les femmes en situation de déficience intellectuelle dans les régions du Nord (59) et du Pas de Calais (62). Les objectifs secondaires étaient d'en connaître les modes de prescription et de suivi, d'apprécier leur statut quant aux frottis cervico-utérins et de comprendre leur capacité d'appréhender et comprendre leur vie affective.

Matériels et Méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle multicentrique, non interventionnelle, par entretiens structurés réalisée par questionnaires auprès des établissements du Nord et du Pas de Calais (ESAT, IME, foyers de vie et d'hébergements et FAM) qui s'est déroulés de décembre 2020 à juillet 2021.

2. Méthode de recrutement

Le recrutement s'est fait en plusieurs phases.

Tout d'abord, chaque établissement a été contacté par téléphone afin de présenter le projet et de recueillir les coordonnées du directeur d'établissement ou du chef de service. Au total 216 établissements ont été joints (42 ESAT, 73 IME, 18 FAM et 83 foyers de vie/accueil de jour/foyer d'hébergement).

Dans un second temps, chaque directeur d'établissement a pu donner son accord avant la diffusion du questionnaire dans son établissement.

Ensuite, les questionnaires google doc ont été diffusés aux équipes soignantes (infirmières et/ou médecins) par mail.

Enfin, au fur et à mesure des réponses, les établissements étaient rappelés pour apporter une précision sur une réponse ou pour répondre à des questions complémentaires.

3. Population concernée

Les participantes devaient être des femmes en situation de déficience intellectuelle et en âge de procréer. Elles étaient travailleuses, résidentes ou usagères dans les ESAT, IME,

foyers de vie et d'hébergements et les FAM du Nord et du Pas de Calais.

Les femmes ménopausées et prépubères étaient exclues, de même que celles souffrant de déficiences motrices associées.

Les établissements ne bénéficiant pas d'équipe de soin ont aussi été exclus.

Les MAS, du fait d'une population polyhandicapée, ont été exclues.

4. Questionnaires

Le questionnaire était un sondage électronique conforme au RGPD qui a été envoyé par messagerie sécurisée.

L'autorisation de la CNIL a été confirmée le 20/07/2021.

Le personnel soignant devait réaliser un questionnaire par femme incluse.

Le consentement informé à participer à l'étude a été demandée pour chaque patiente avant la réalisation du questionnaire par les équipes soignantes.

Le questionnaire (annexe 1) se composait de 11 questions dont 9 fermées avec possibilités de commentaires libres. Les questions ouvertes permettaient d'approfondir les réponses, de connaître les particularités de chaque prise en charge et d'examiner les solutions trouvées par certains établissements pour pallier les problèmes rencontrés

Le recueil de données a débuté le 04/01/2021 et a été arrêté à la date butoir du 31/06/2021 (date correspondant à la fin de l'année scolaire et donc à la fermeture d'un grand nombre d'établissements pour les vacances d'été).

5. Analyse des données

Les données ont été analysées par la doctorante et contrôlées par un chercheur externe.

L'analyse des données a été un processus évolutif, au fur et à mesure de la réception des questionnaires réalisés par les différents établissements. Les questionnaires ont ainsi été

relus et les établissements rappelés si les réponses ne correspondaient pas aux questions, en cas d'incompréhension ou si un questionnaire avait été rempli pour plusieurs patientes.

L'analyse statistique a été réalisée par la doctorante. Devant l'absence d'analyse comparative ou interventionnelle, les statisticiens n'ont pas participé à l'analyse des résultats.

Résultats

Sur les 216 établissements joints, 9 ne disposaient pas d'équipe soignante, 34 ne souhaitaient pas participer à l'étude (se disant non intéressés, ou par manque de temps et d'organisation dans le contexte de crise sanitaire), 9 avaient une population trop jeune (IME avec élèves de 9 à 14 ans et sans contraception), 3 avaient une population trop lourde (FAM avec handicaps moteurs au premier plan et patients polyhandicapés) et 14 avaient une population âgée de plus de 50 ans.

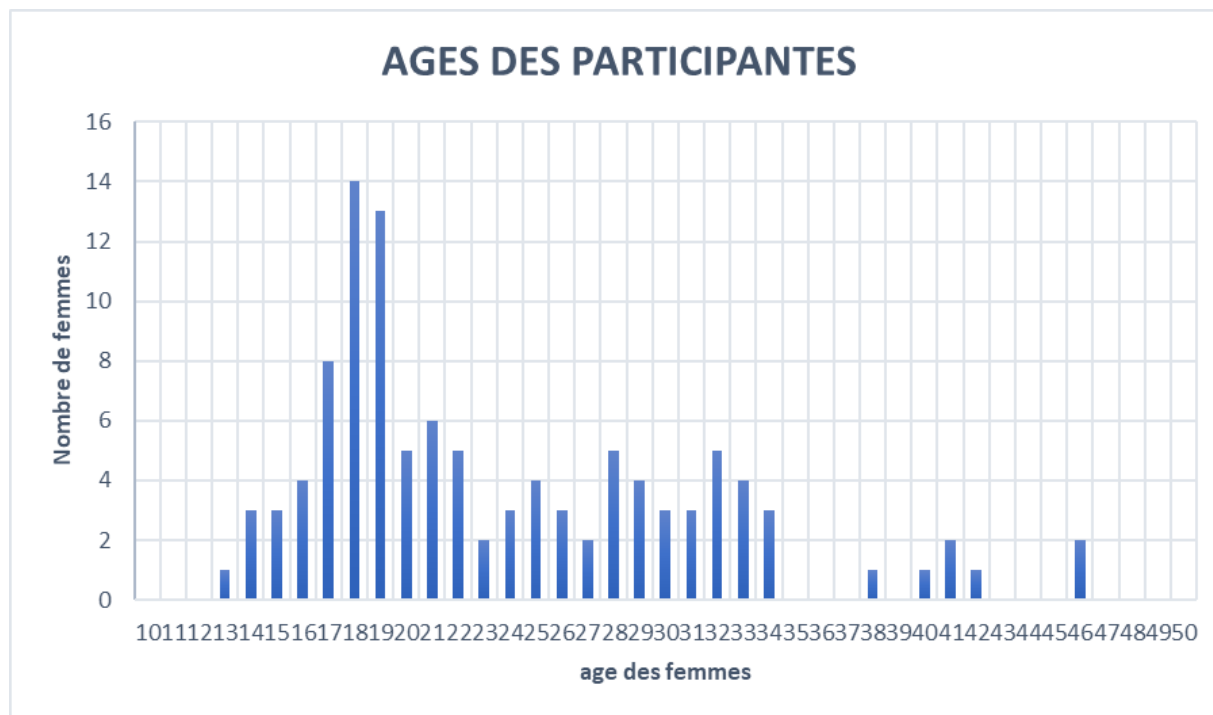
Au total, 147 établissements ont reçu mon questionnaire pour un total de 110 réponses.

1. Les participantes

Les 110 patientes incluses étaient âgées de 13 à 46 ans.

La moyenne d'âge était de 23,74 ans.

Graphique 1 : âges des participantes



58 d'entre elles venaient d'IME, 13 de foyer d'hébergement, 12 de FAM et 27 d'ESAT.

On comptait 92 femmes célibataires dont 11 avaient des relations sexuelles connues et régulières et 4 avaient déjà eu des enfants. 18 femmes étaient en couple.

La classification CIM 10 de l'OMS a été utilisée pour définir leur déficience intellectuelle (légère si QI entre 50 et 69 ; modérée entre 35 et 49 ; sévère entre 20 et 34 et profonde si inférieure à 20) (Annexe3).

95 femmes avaient une déficience moyenne, 9 une déficience légère, 3 une déficience sévère, 2 une déficience profonde et 1 une déficience non diagnostiquée.

2. Le mode de contraception

2.1. Mode de contraception

50 patientes prenaient une pilule (soit 45,45%) dont 4 en continu sans complément d'information pour les 46 autres.

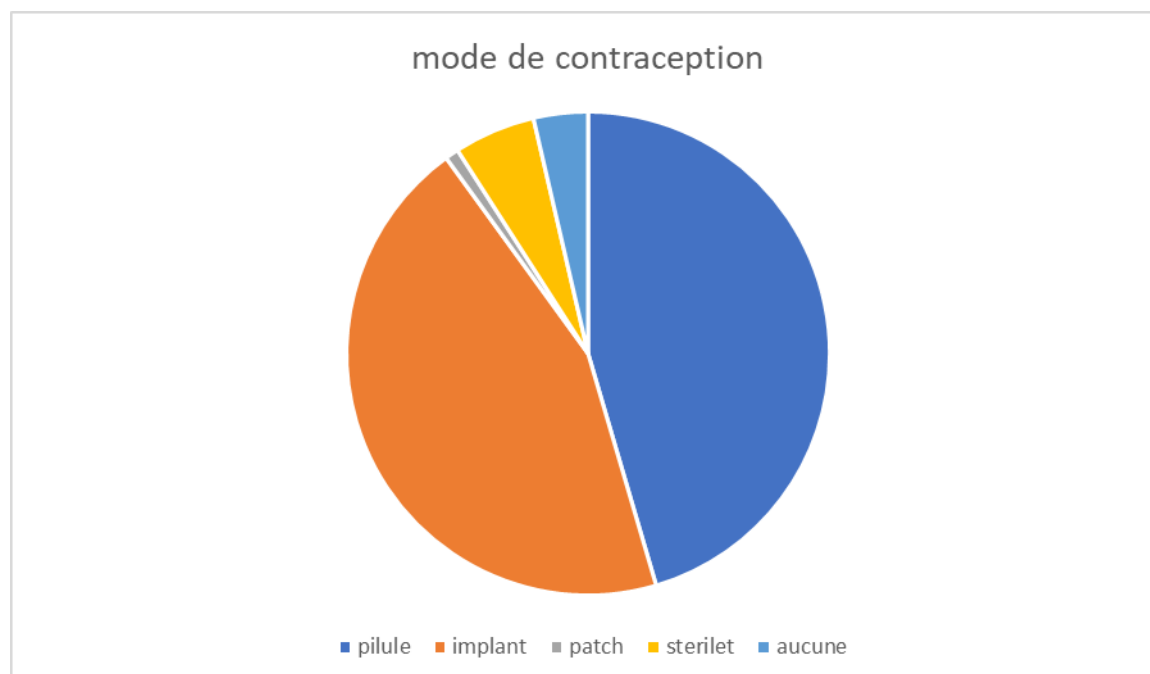
49 patientes avaient un implant contraceptif (soit 44,55%) dont un avait été posé à la sortie de la maternité en 2020.

6 patientes portaient un stérilet (soit 5,45%).

1 patiente avait un patch contraceptif (soit 0,91%).

4 n'avait aucune contraception (soit 3,64%).

Graphique 2 : mode de contraception



2.2. Cause d'une absence de contraception

Cette question était dédiée aux établissements qui accompagnent les femmes incluses afin de connaître, plus généralement, l'environnement dans lequel elles évoluaient.

18 n'ont pas répondu à cette question (soit 16,36%)

61 (soit 55,45%) ont répondu que ces femmes auraient pu ne pas avoir de contraception pour cause d'un refus familial initial.

27 (soit 24,55%) ne donneraient pas de contraception si les femmes étaient ménopausées ou prépubères.

2 (soit 1,82%) n'en prenaient pas dans un contexte de désir de grossesse.

1 (soit 0,91%) n'avait pas de contraception car n'avait pas de relation sexuelle connue.

1 (soit 0,91%) ne prenait aucune contraception dans un contexte de tabou familial qui rendait impossible la discussion autour de la contraception.

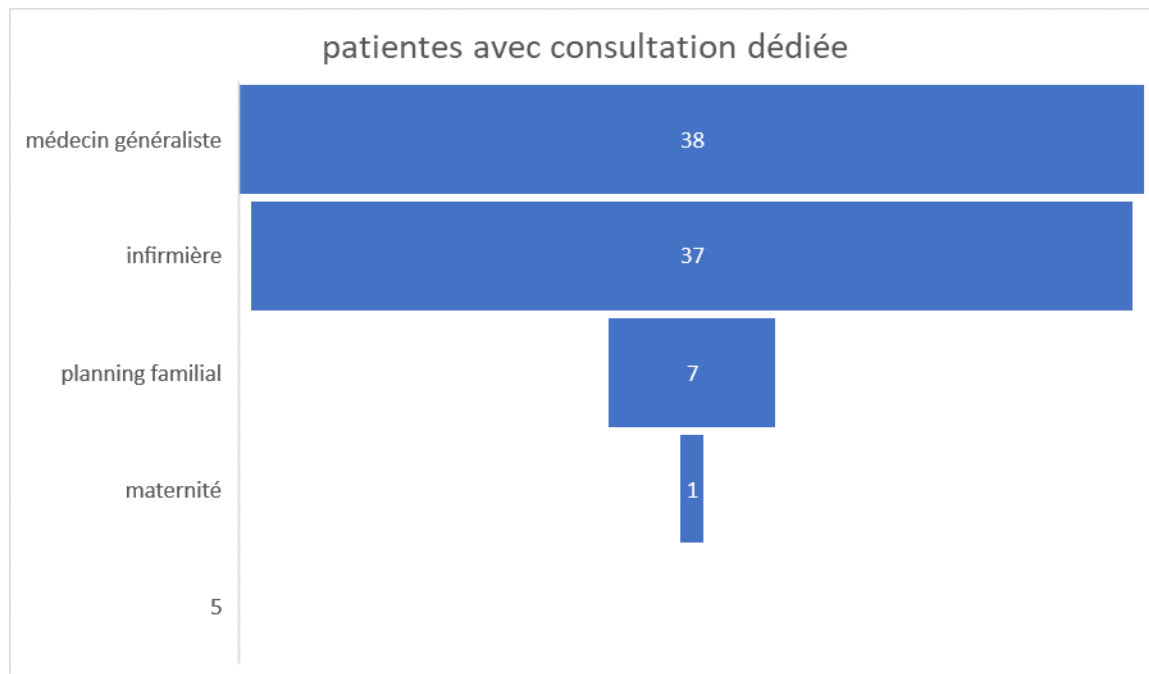
3. L'instauration de la contraception

3.1. Consultation dédiée (équivalent cotation CCP)

Parmi les 110 patientes, 83 ont bénéficié d'une consultation dédiée à la contraception et à l'explication de celle-ci soit 75,45% des femmes étudiées.

38 ont été reçues par le médecin généraliste (34,54%), 37 ont reçu des « explications » par l'infirmière de l'établissement (33,64%), 7 sont allées au planning familial (6,36%) et 1 a reçu les informations à la maternité après son accouchement (0,91%).

Graphique 3 : patientes ayant bénéficié d'une consultation dédiée



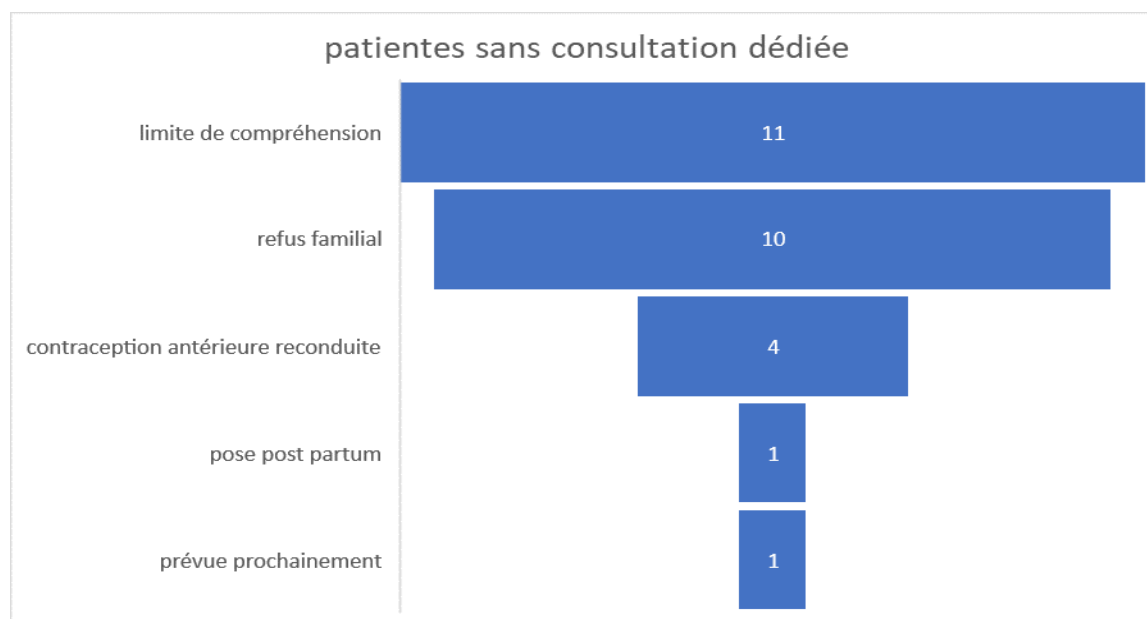
A noter, les 75 patientes vues par le médecin généraliste ou l'infirmière ont toutes reçues des informations sur l'implant et la pilule mais pas sur les autres contraceptions. Pour 68 d'entre-elles, cette consultation a permis à l'équipe soignante de savoir si l'observance serait possible et bonne avec une pilule et, si non, d'orienter le choix vers l'implant.

27 patientes n'ont pas bénéficié de cette consultation (24,55%) .

Parmi elles : 11 présentaient des difficultés de compréhension (10%). 10 patientes n'y ont pas eu accès par refus des familles, qui se sont opposées à cette consultation (9,09%). 4 avaient une contraception avant l'entrée dans l'établissement qui a été reconduite sans consultation (3,64%). Une femme s'est vue poser un implant après son accouchement sans

consultation (0,91%) et 1 était dans l'attente de la consultation prévue par le médecin généraliste (0,91%).

Graphique 4 : patientes n'ayant pas bénéficié d'une consultation dédiée



3.2. Choix de la contraception

Outre une consultation dédiée, une question portait sur l'existence d'un choix par la patiente au sujet de sa contraception.

61 patientes n'ont pas directement choisi leur contraception et c'est leur famille qui a fait le choix d'un mode de contraception en leur présence (55,45%).

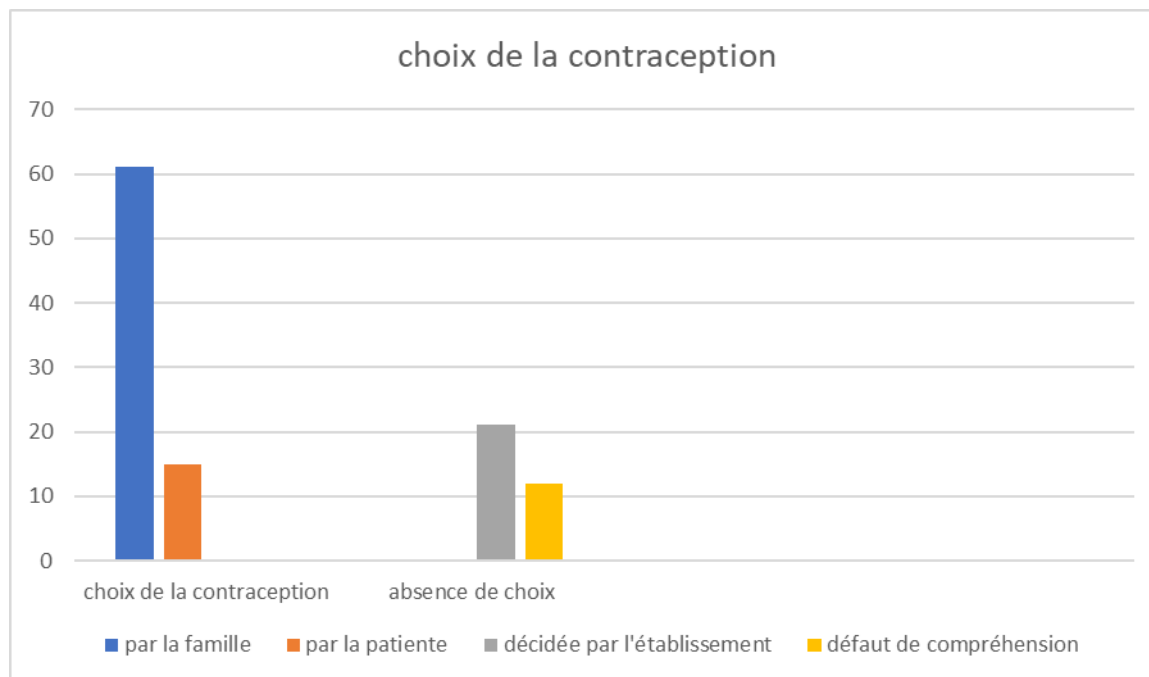
Pour 21 femmes, aucun choix ne leur avait été proposé (19,09%).

15 femmes avaient choisi leur contraception (13,64%) et 1 avait choisi en présence d'un éducateur spécialisé (0,91%).

Un choix avait été proposé chez 12 femmes mais du fait d'une limite de la compréhension, elles n'avaient pas su choisir (10,91%).

Au total, 94 femmes n'avaient pas choisi elles-mêmes leur contraception soit 85,45%.

Diagramme 4 : choix de la contraception



4. Le suivi

Le suivi des patientes était assuré par les médecins généralistes (médecin traitant ou médecin de l'établissement) pour 46 patientes (41,82%).

27 femmes avaient un suivi annuel gynécologique (24,55%), 26 étaient suivies au planning familial (23,64%), 10 avaient une seule consultation avec un gynécologue puis le suivi et le renouvellement de la contraception étaient assurés par le médecin généraliste (9,09%) et 1 était suivie en PMI (0,91%)

Au sujet de ce suivi, il a été demandé de préciser si les frottis étaient à jour. Pour 15 femmes, il n'y a pas eu de réponse (13,64%). 67 des patientes incluses étaient trop jeunes (moins de 25 ans) et n'en avaient jamais eu (60,91%), 8 étaient à jour (7,27%) et 20 n'étaient pas à jour (18,18%).

Soit, pour 43 femmes en âge de bénéficier d'un frottis tous les 3 ans dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, 8 (18,60%) étaient à jour, nous n'avions pas l'information pour 15 autres (34,88%) et 20 (46,51%) n'étaient pas à jour.

5. L'abord de la vie affective

« Existe-t-il une exclusion de la sexualité ? »

51 patientes n'étaient pas exclues de la sexualité.

Pour 12 d'entre elles (23.53%), les établissements trouvaient important et « primordial que la sexualité fasse partie de la vie des jeunes déficients ». A cette question ils répondaient : « Il faut qu'ils soient guidés et aidés dans la découverte de celle-ci aussi bien chez les garçons que les filles. » ou « Nous travaillons avec les très jeunes sur la puberté, le respect du corps de l'autre et le consentement puis avec les plus de 14 ans, de la relation amoureuse et de la sexualité ».

Dans l'établissement d'une patiente, il existait un groupe de « vie sexuelle et affective ».

43 patientes étaient exclues de la sexualité.

Pour 10 femmes (23,26%), on n'abordait pas la sexualité ou la vie affective par méconnaissance du sujet et de comment l'aborder.

Chez 12 autres patientes (27,91%), l'exclusion venait du peu d'intérêt pour la vie sexuelle et affective.

Il existait un tabou familial et/ou personnel pour 19 femmes (44,19%), une incapacité physique pour 1 (2,33%) et des difficultés d'en discuter depuis l'accouchement pour 1 autre (2,33%) (l'équipe soignante orientait la patiente vers la sagefemme pour la rééducation périnéale et espérait qu'elle pourrait lui en parler).

Il n'y avait pas de réponse pour 16 patientes.

6. Grossesses

4 des femmes étudiées avaient eu des enfants.

Pour l'une d'entre elle, elle n'était pas désirée et secondaire à un défaut d'observance de sa pilule.

L'une de ces patientes ne prenait pas sa pilule de façon volontaire pour tomber enceinte mais n'en avait pas parlé à l'équipe soignante ni à sa famille avant d'attendre un enfant.

Discussion

1. Forces de l'étude

1.1. Méthode de l'étude

Notre étude a été menée en multicentrique afin d'améliorer sa validité externe. Les établissements étaient de différents types afin d'assurer une bonne représentation de la population étudiée avec un nombre suffisants de réponses pour que nos résultats ne puissent être imputables au hasard.

Enfin, les questions à réponses ouvertes ont permis d'apporter les précisions nécessaires à l'obtention de résultats fiables.

1.2. Analyse des résultats

Les questions étaient listées de la plus générale à la plus individuelle afin d'obtenir la plus grande cohérence possible.

Chaque résultat était étudié par analyse descriptive univariée.

Les pourcentages calculés ont tenu compte du nombre de réponses et aussi du nombre d'absence de réponse.

1.3. Originalité du sujet

Cette problématique n'a pas, jusqu'à présent, fait l'objet d'étude semblable. Il existe peu de bibliographie récente.

Il s'agit donc d'un travail original qui pourrait, dans l'avenir, faire l'objet de recherches complémentaires qualitatives ou quantitatives.

2.Limites et biais

2.1. Faible effectif et biais de sélection

17 450 personnes en situation de déficience intellectuelle sont suivies dans les établissements du Nord et du Pas de Calais (8) avec un ratio homme/femme de 0.64 soit 11 168 femmes.

Avec 110 patientes, avec un échantillon de petite taille notre étude manque de puissance.

La quasi-totalité des femmes étudiées étaient atteintes d'une déficience modérée.

Une prédominance de patientes déficientes légères aurait sûrement montré des résultats superposables à la population générale mais il aurait été intéressant de bénéficier des réponses des déficientes plus lourdes. Ces femmes sont les plus fragiles et plus à risque mais se heurtent à plus de problèmes de compréhension. On aurait sûrement mis en évidence d'autres limites à la mise en place et au libre choix d'une contraception adaptée.

On peut imaginer que les établissements ayant accepté de participer à l'étude sont potentiellement plus sensibles aux questionnements autour de la contraception et de son choix que ceux ayant refusé de participer.

L'étude présente un biais de recrutement puisque les femmes interrogées sont toutes accompagnées en dispositifs médico-sociaux. Ceux-ci bénéficiaient systématiquement d'une équipe soignante et donc d'un suivi régulier dans le domaine de la santé. Quid des femmes déficientes intellectuelles qui vivent au domicile et ne disposant pas de services de soins.

Ensuite, nous avons reçu peu de réponses des foyers d'hébergements et des FAM. Cela peut s'expliquer par l'absence de visites médicales au sein de certains foyers d'hébergement et donc d'un suivi réalisé en ville auquel les équipes soignantes des établissements n'ont pas accès.

2.2. Biais d'information

La majorité des patientes incluses avait entre 17 et 20 ans. Nous avons donc ainsi obtenu moins de réponses concernant la population jeune qui entre dans le cadre habituel d'une première consultation sur la contraception et donc des informations moins précises sur l'instauration de celle-ci et la comparaison avec la population générale n'est pas aisée.

De même, nous avons donc reçu moins de réponses concernant les femmes plus âgées. Ces femmes ont probablement plus d'expérience dans la contraception, potentiellement un degré plus élevé de compréhension en ce qui la concerne. On peut donc imaginer que l'entourage a probablement une place décisionnelle moins importante qu'avec les jeunes patientes.

Enfin, cette prédominance de réponses chez les sujets jeunes ne permet pas d'avoir un regard significatif sur la prévention par le frottis cervico-utérin puisque celui-ci ne commence qu'à partir de 25 ans.

Selon les questionnaires, certaines questions n'ont pas obtenu de réponses. Cela apporte un biais d'information car, dans ce cas, aucune analyse ne pouvait être effectuée et les résultats ne pouvaient être interprétés de façon optimale.

Les questionnaires ont été remplis par les professionnels des établissements. Les résultats obtenus ont pu être biaisés par le manque d'objectivité ou certains ont pu être modifiés.

De plus, les questionnaires ont été réalisés par des personnes différentes, dans chaque établissement, pouvant entraîner un biais de réalisation, même si cela reste limité par l'utilisation de questions fermées plutôt qu'ouvertes.

3. Discussion des résultats

3.1. Leur contraception par rapport à la population générale

Dans la population générale en France en 2018, 37% des femmes prenaient la pilule, 25% avaient un stérilet, 5% un implant, 2% une contraception définitive, 3% une autre méthode de contraception hormonale et 8% n'avaient pas de contraception (9).

Dans la population étudiée, on note une différence notable avec, certes, une importance de prise de la pilule mais surtout un faible nombre de femmes porteuses de stérilet.

Cette différence avec la population générale peut s'expliquer par les difficultés de l'examen gynécologique chez certaines femmes en situation de déficience intellectuelle. La pose d'un stérilet reste un geste invasif qui demande à la patiente de rester calme. Si l'on ajoute des difficultés de compréhension, cet acte peut être mal vécu par la patiente mais aussi par le médecin et entraîner des complications. Il y a malheureusement peu de données dans la littérature à ce sujet mais pourrait être l'objet d'une étude ultérieure.

L'implant est, quant à lui, privilégié afin de pallier les problèmes d'observances de certaines patientes. C'est, en effet, une alternative intéressante mais pour laquelle, encore une fois, le geste peut s'avérer délicat et douloureux et la patiente peut se sentir perturbée par la suite. Notons que l'implant est un dispositif sous cutané que la patiente peut sentir sous ses doigts et voir. En l'absence d'étude récente sur le ressenti des patientes dans ces cas, il pourrait être intéressant d'en réaliser le travail.

Aucune réponse n'a indiqué qu'une contraception orale avait été mise en place par risque d'arrachement d'un implant. Cela peut paraître étonnant dans cette population parfois sujette à des « crises » d'automutilation et de violence contre elle-même.

3.2. La place de l'entourage

Une donnée notable est qu'en cas d'absence de contraception, celle-ci serait due, dans plus de la moitié des cas, à un refus familial initial et non pas un refus de la patiente elle-même. On n'a donc peu d'informations quant au désir de grossesse de ces femmes. Leur désir d'être mère n'est ni envisagé, ni discuté avec elles. Ainsi, en niant ce désir, on peut aisément comprendre que le dialogue est fermé avec un risque de découverte tardive d'une grossesse ou une grossesse sans avoir pu en expliquer les risques.

De plus, La grande majorité des contraceptions en place avaient été choisies par la famille ou les professionnels des établissements et services et non par la patiente.

En outre, afin de protéger ces patientes, elles bénéficient d'une protection via des tutelles ou des curatelles. Ces mesures peuvent entraîner des conséquences sur le domaine de la santé.

Une personne placée en curatelle reste autonome dans les actes simples de la vie, mais doit être accompagnée pour les actes importants. La tutelle, quant à elle, est une mesure plus protectrice. Elle concerne les personnes qui ont perdu leur autonomie et qui ont besoin d'être représentées dans les actes de la vie civile. (10)

3.2.1. Protection et mesure de santé

➔ La tutelle :

Le tuteur de la personne sous tutelle peut accéder aux informations sur sa santé.

Si son état le permet, la personne protégée pourra prendre seule les décisions médicales qui la concernent.

En ce qui concerne les interventions médicales, le tuteur ne peut pas, sauf urgence et

sans l'autorisation du juge des contentieux de la protection (ou du conseil de famille s'il a été constitué), prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intimité de la vie privée de la personne protégée. Il s'agit, par exemple, de la stérilisation à fins contraceptives ou de l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

De plus, en fonction de sa faculté de discernement, la majeure sous tutelle a le droit de recevoir une information et de participer à la prise de décision le concernant. (11)

➔ La curatelle :

La personne protégée reçoit elle-même l'information et consent seule aux actes médicaux. Le curateur n'a pas à intervenir, mais peut la conseiller.

Le curateur n'a pas accès au dossier médical de la personne sous curatelle, sauf si la personne protégée lui délivre un mandat en ce sens ou exprime clairement sa volonté.

Si la mesure de protection prévoit une assistance aux décisions personnelles, le curateur doit cosigner la demande d'accès du majeur protégé à son dossier. Mais le curateur ne peut pas faire de lui-même cette demande. (11)

3.2.2. Population étudiée

Dans notre étude, les femmes étaient presque entièrement en situation de déficience modérée. On peut supposer qu'une information adaptée leur permettrait de choisir entre deux contraceptions et/ou de participer activement au choix.

Y compris sous un régime de tutelle, une évaluation de leur capacité à choisir permettraient probablement de les inclure dans le processus de décision. Cela entraînerait une meilleure observance de la pilule et une meilleure acceptation de l'implant. On leur rendrait leur statut décisionnaire en ce qui concerne leur santé et leur vie de femme.

De plus, si on considère la pose d'un implant ou d'un stérilet comme une intervention médicale, ni le tuteur, ni le curateur ne peuvent prendre une décision sans en référer au juge des contentieux. Un indice intéressant serait la collecte du nombre de femmes bénéficiant de l'autorisation d'un juge dans ce contexte ; information dont je n'ai pu bénéficier en l'absence de recensement dans ce contexte.

3.3. La place du médecin généraliste

Dans la population générale, pour les jeunes filles avant 17 ans, on réalise une consultation dédiée pour la contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles.

Cette consultation particulière a une cotation spécifique car on en connaît l'importance. Or, pour la population étudiée, bien que 3/4 des femmes aient bénéficié d'un temps autour de la contraception, la moitié d'entre-elles ont reçu ces informations par une infirmière (selon les réponses données au questionnaire).

Rappelons que, devant la particularité et l'importance portées à cette consultation dédiée, il a été décidé qu'elle peut être réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue, un pédiatre ou une sage-femme. (12)

Dans les services médico-sociaux, les infirmières ont un rapport particulier aux patients et peuvent mieux les connaître. Cependant, la contraception reste dépendante d'une prescription médicale. Il pourrait être organisé des consultations conjointes en présence d'une infirmière et d'un médecin afin d'optimiser la complémentarité des informations sur le patient (relation médecin-patient d'une part et celle infirmière-patient d'autre part).

3.3.1. Limites pour les professionnels de santé

L'importance de la communication est retrouvée dans notre étude.

En effet, la moitié des grossesses ayant eu lieu dans notre étude ont souffert de ce

problème. Une des patientes n'ayant pas reçu l'information (par défaut de compréhension peut-être) ne prenait pas bien sa pilule et l'autre n'a pas osé parler de son désir de grossesse. Ces informations mettent en évidence nos limites.

Les infirmières d'établissements et services ont des suivis beaucoup plus fréquents avec ces patientes. Elles ont acquis des clés de communication qui leur permettent, en effet, de délivrer des informations de façon plus efficaces qu'un professionnel de santé non habitué qui sera confronté à une limite de compréhension mutuelle et dont l'information sera probablement moins bien transmise.

Dans ce contexte, il semble donc important d'acquérir des compétences de communication nouvelles afin de pourvoir à cette nécessité d'information.

L'ANESM (a rejoint l'HAS aujourd'hui) a publié en décembre 2017 une lettre de cadrage pour l'accompagnement du parcours de vie des enfants et adultes présentant une déficience intellectuelle. Cette élaboration de bonnes pratiques à l'attention des professionnels de santé met en avant l'auto-détermination des patients en situation de déficience intellectuelle en ces termes : « la participation active des personnes en situation de handicap suppose du temps, une reconnaissance de leur investissement. Elle peut nécessiter le développement des supports simplifiés dans un langage accessible à tous. Les pratiques favorisant l'autonomie et la participation seront déclinées dans les différents domaines de vie et aspects de la participation sociale : la santé, la vie affective, les études, la formation, les actions socialisantes et d'insertion professionnelle, la culture, les sports, les intérêts personnels, les loisirs, etc. » (13)

Il faudrait trouver des clés de communication simples, ludiques et accessibles afin de réaliser des consultations abordant la contraception de façon adaptée.

L'autodétermination est aujourd'hui un axe fort des orientations des gouvernances des associations affiliées à l'UNAPEI (14).

Un problème relevé lors de notre étude ne trouve, cependant, pas de réponse à ce

jour. Comment améliorer la prévention du cancer du col de l'utérus chez nos patientes en situation de déficience intellectuelle ? En effet, la difficulté à réaliser un examen gynécologique rend ce geste compliqué. Nous pourrions imaginer pouvoir le réaliser lors d'une anesthésie pour un autre geste chirurgical avec un consentement et une information mais les femmes jeunes ont peu l'occasion de bénéficier d'une anesthésie générale ou loco-régionale.

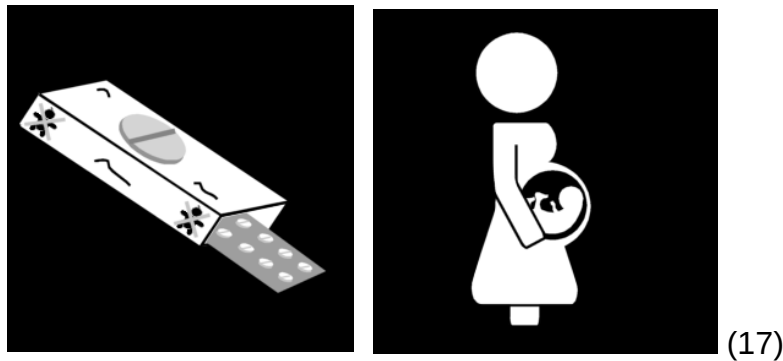
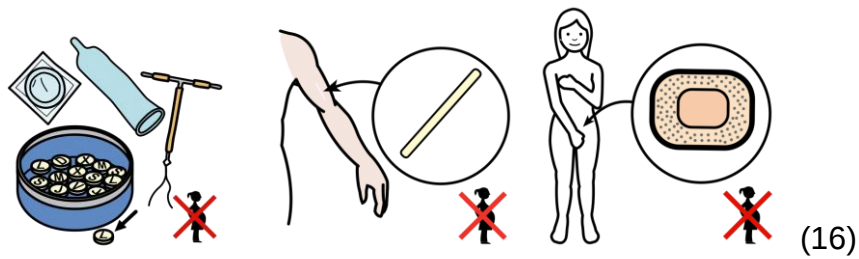
Dans la population générale en juin 2020, 40% des femmes n'étaient pas à jour dans leur frottis cervico-utérins (15). Si nous avions reçu plus de réponses ou étudié plus de femmes, nous aurions pu mettre en évidence une différence significative avec la population générale ou, au contraire, des résultats superposables.

De plus, il faut rapporter cette donnée à la sexualité des patientes étudiées. Moins de la moitié des femmes ayant répondu à notre questionnaire avaient des relations sexuelles avérées. Sans connaître le nombre de femmes vierges et le taux de vaccinations contre l'HPV, on ne peut rien conclure.

3.3.2. Supports possibles

D'une part, des supports sous forme de bandes dessinées et pictogrammes existent afin d'expliquer ce qu'est la contraception et quelles en sont les différentes modalités sur « santebd.org ». L'information délivrée porte aussi bien sur les mécanismes d'actions des contraceptions que sur les différentes contraceptions qui existent.

D'autre part, des pictogrammes pourraient être plus souvent utilisés afin d'illustrer simplement les informations données tels que ceux-ci :



Ensuite, la MDPH de Gironde, rappelle des règles simples de communication avec les patients en situation de déficience intellectuelle :

- « - Ecouter attentivement, être patient, être disponible,
- Rester naturel, ne pas parler trop vite, sans pour autant infantiliser la personne,
- Utiliser le vouvoiement,
- S'adresser directement à la personne (si elle est accompagnée),
- Utiliser des mots simples et des phrases courtes, formuler des idées et des réponses claires,
- Reformuler,
- S'assurer que la personne a compris en lui suggérant qu'elle-même reformule vos propos,
- Proposer de l'aide, mais ne pas faire à la place de la personne,
- Eviter les situations d'incertitude car elles sont source de stress. » (18)

3.4. L'abord de la vie sexuelle et affective

Près de la moitié des participantes étaient dans des établissements où l'abord de la vie affective avait toute sa place.

En France, la loi de 2005 reconnaît aux personnes en situation de handicap le droit au respect de leur vie privée et à l'exercice de leur autonomie, y compris dans le domaine de la sexualité (19). Il est donc primordial d'inclure les patientes en situation de déficience dans des discussions portant sur la sexualité. Ainsi, la question de la contraception viendrait en lien d'une réflexion ouverte et d'une discussion informée.

L'initiative d'un établissement avec la mise en place du groupe « vie sexuelle et affective » doit être encouragée et pourrait être initiée par les médecins coordinateurs d'établissements.

Par ailleurs, l'ARS des Hauts de France a créé un appel à projet pour la Création d'un Centre de Ressource Régional pour la vie affective des personnes en situation de handicap qui serait un centre ressource « vie intime, affective, sexuelle et de soutien à la parentalité des personnes en situation de handicap » (ouvert jusqu'en octobre 2021) (20).

Au-delà de la possibilité pour nos patientes de discuter autour de leur vie affective et d'en comprendre les conséquences, ces groupes prévoient aussi la participation des familles et aidants.

Ainsi, la vocation est aussi de briser les tabous autour de la sexualité donc de la contraception pour ces accompagnants qui ont une place prépondérante dans la prise de décision comme l'a montré notre étude.

De plus, de nombreuses formations autour de la vie sexuelle et affective existe pour les professionnels du handicap, notamment dans les Hauts de France (OPCO santé, IRTS Hauts de France...). Et une « charte vie sexuelle et affective » a été rédigée et mis en œuvre

depuis 2020 pour rappeler les droits et les devoirs des professionnels dans ce domaine (21). Cet écrit parle de contraception et l'aborde dans le contexte d'une vie affective pleinement épanouie.

Grace à ces centres et ces formations, le fort taux de femmes exclues de la sexualité dans notre étude pourrait diminuer. Car en effet, les résultats ont montré que les principales causes de cette « exclusion » venaient d'une méconnaissance des patientes et/ou d'une volonté de l'entourage

Il pourrait être envisager la réalisation d'un travail qualitatif pour approfondir la question de l'existence de ces groupes de discussion autour de la sexualité, de l'accompagnement par le médecin généraliste et des modalités de mise en place que cela demande au sein des structures ou même en ville.

Conclusion

Notre travail a mis en évidence que la population étudiée, bien qu'ayant besoin d'une contraception autant que la population générale, ne bénéficiait pas des mêmes informations et du même choix que celle-ci. Le choix privilégié était celui de la pilule ou de l'implant.

D'une part, les limites de communication et de compréhension réciproques rendent l'abord de la protection contre la grossesse beaucoup plus complexe qu'avec les autres patientes. A l'aide de supports visuels et avec un temps dédié, elles pourraient mieux comprendre l'importance d'une bonne observance et les implications des contraceptions proposées. Le choix se portera plus aisément vers la pilule ou l'implant devant les difficultés de réaliser un examen gynécologique adéquat (qui reste, cependant, une entrave importante si l'on parle de frottis cervico-utérin dans le cadre d'une consultation de contraception englobant la dimension préventive).

D'autre part, cette étude nous fait réfléchir sur la place de l'entourage dans ce choix. On a observé que 94 femmes soit 85,45% de nos participantes, n'avaient pas elles-mêmes choisi leur contraception. A l'aide de groupes de parole autour de la sexualité et de la vie affective, nous pourrions aider les familles à accepter la vie de femme de nos patientes et changer la vision taboue de la contraception. Par ailleurs, avec une communication adaptée et une consultation réalisée sans ces tiers, les femmes pourraient choisir elles-mêmes leur contraception. L'auto-détermination est de plus en plus privilégiée dans la déficience intellectuelle mais reste compliquée à mettre en place dans le domaine de la santé. La contraception semble un bon moyen d'ouvrir leur libre choix dans ce champ de leur vie et de les rendre actrices de leur santé.

Enfin, un travail complémentaire portant sur un plus grand nombre de patientes (institutionnalisée ou non) nous permettrait de porter un intérêt plus important à ce champ de patientes pour lesquelles la formation médicale reste restreinte.

Le diagnostic de ces déficiences se faisant de plus en plus précocement et souvent, nous devrions pouvoir répondre aux besoins de cette population de façon bienveillante et éclairée.

Références

1. *Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0302 du 29/12/1967 (accès protégé) [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=dAD2\\$DJ3HvaJeVV8KioQ](https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=dAD2$DJ3HvaJeVV8KioQ)*
2. *Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0284 du 05/12/1974 (accès protégé) [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=oT@So3RQL!7qtunZY7C6>*
3. *Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0015 du 18/01/1975 (accès protégé) [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=kLnsLoLTwr32fekMuXw3>*
4. *Les grandes avancées - VIH et sida tremblent mais résistent / Histoire de l'Inserm [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://histoire.inserm.fr/de-l-inh-a-l-inserm/50-ans-de-l-inserm/les-grandes-avancees/vih-et-sida-tremblent-mais-resistent>*
5. *Contraception : consultations initiale et de suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3122291/fr/contraception-consultations-initiale-et-de-suivi*
6. *Kraus F, Cébille P. CONTRACEPTION : POURQUOI LES FEMMES DÉLAISSENT LA PILULE ? :20.*
7. *avis049.pdf [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis049.pdf>*
8. *source UNAPEI Nord et UDAPEI62 recueil 2020*
9. *• Méthodes de contraception des Françaises de 15 à 49 ans 2018 | Statista [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/507653/repartition-methodes-contraception-femmes-france/>*
10. *Tutelle et curatelle | Justice.fr [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.justice.fr/themes/tutelle-curatelle>*
11. *Santé d'une personne protégée (tutelle, curatelle) : quelles sont les règles ? [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33899>*
12. *OMNIPrat [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://omniprat.org/>*
13. *lettre_cadragage_di_def.pdf [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/lettre_cadragage_di_def.pdf*
14. *L'autodétermination des personnes handicapées : de quoi parle-t-on ? [Internet]. Unapei. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.unapei.org/article/autodetermination-handicapees-lancement-page/>*
15. *frottis_final_-_recommandations.pdf [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf*

16. Symboles CAA - ARASAAC [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://arasaac.org/pictograms/search/contraceptif>
17. Sclera pictogrammes [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://sclera.be/fr/picto/cat/25/>
18. Communiquer avec une personne ayant un handicap mental - mdph33 : [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: http://www.mdp33.fr/handicap_mental.html
19. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et liens vers les décrets d'application - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000017759074/>
20. Création centre ressource régional vie affective personnes en situation de handicap [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/creation-centre-ressource-regional-vie-affective-personnes-en-situation-de-handicap>
21. [charte_vie_affective_et_sexuelle.pdf](#) [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_vie_affective_et_sexuelle.pdf

Annexes

Annexe 1: questionnaire

La contraception chez la femme en situation de déficience intellectuelle

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine de Louise JOLIVET

1/Type d'établissement, ville, nombres de personnes et de femmes?

Votre réponse

2/âge de la patiente

Votre réponse

3/Situation familiale (en couple, célibataire, mère...)

Votre réponse

4/Déficience intellectuelle (selon classification CIM 11 de l'OMS: légère si QI entre 50 et 69; modérée si QI entre 35 et 49; sévère si QI entre 20 et 34; profonde si QI inférieur à 20)

Légère

Modérée

Sévère

Profonde

Inconnue

5/Mode de contraception actuel

Votre réponse

6/Suivi et prescription de la contraception (médecin traitant? gynécologue? suivi gynéco annuel? frottis à jour?)

Votre réponse

7/Le choix de la contraception a-t-il été discuté avec la patiente et/ou sa famille?

Votre réponse

8/Y a-t-il eu une consultation dédiée pour la mise en place de la contraception?
si non, pourquoi? (Limite de compréhension, de dialogue...)

Votre réponse

9/Existe t-il une exclusion de la sexualité? si oui, pourquoi(tabou, incapacité
physique)?

Votre réponse

10/Si absence de contraception, pourquoi ?

Votre réponse

11/En cas de grossesse(s) passée(s) et/ou actuelle : nombre ? Désirée ? Portée
à terme ? Si non portée à terme, pourquoi (IVG, fausse couche...) ?

Votre réponse

Envoyer

Effacer le formulaire

Annexe 2 : Historique détaillé des lois

Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique :

Art. 1er. — Les articles L. 648 et 649 du code de la santé publique sont abrogés. En conséquence, les mots « anticonceptionnels » et « propagande anticonceptionnelle » sont supprimés de l'intitulé du chapitre V du titre III du livre V du code de la santé publique (première partie).

Art. 2. — La fabrication et l'importation des contraceptifs sont autorisées dans les conditions fixées par un règlement d'administration publique.

Art. 3. — La vente des produits, médicaments et objets contraceptifs est subordonnée à une autorisation de mise sur le marché, délivrée par le ministre des affaires sociales. Elle est exclusivement effectuée en pharmacie. Les contraceptifs inscrits sur un tableau spécial, par décision du ministre des affaires sociales, ne sont délivrés que sur ordonnance médicale ou certificat médical de non contre-indication. Aucun produit, aucun médicament abortif ne pourra être inscrit sur ce tableau spécial. Cette ordonnance ou ce certificat de non contre-indication sera nominatif, limité quantitativement et dans le temps, et remis, accompagné d'un bon tiré d'un carnet à souches, par le médecin au consultant lui-même. L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin, dans un établissement hospitalier, un centre de soins agréé ou conformément à des conditions fixées par un règlement d'administration publique. La vente ou la fourniture des contraceptifs aux mineurs de dix-huit ans non émancipés et des contraceptifs inscrits au tableau spécial aux mineurs de vingt et un ans non émancipés ne peut être effectuée que sur ordonnance médicale constatant le consentement écrit de l'un des parents ou du représentant légal. Un règlement d'administration publique déterminera les modalités d'application du présent article.

Art. 4. — Un règlement d'administration publique déterminera les conditions de fonctionnement des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, ainsi que les modalités de l'agrément, par le ministre des affaires sociales, des centres de planification ou d'éducation familiale. Ces établissements et ces centres, publics ou privés, ne devront poursuivre aucun but lucratif.

La délivrance des contraceptifs est interdite dans ces établissements et ces centres.

Les pouvoirs publics reconnaissent et soutiennent la mission des associations familiales et des autres mouvements qualifiés pour la préparation lointaine et proche des jeunes au mariage et à la vie adulte, ainsi que pour l'information objective des adultes aux divers problèmes de la vie du couple, de la famille et de l'éducation des jeunes.

Art. 5. — Toute propagande antinataliste est interdite. Toute propagande et toute publicité commerciale directe ou indirecte concernant les médicaments, produits ou objets de nature à prévenir la grossesse ou les méthodes contraceptives sont interdites, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens. Un décret précisera les modalités d'application du présent article.

Art. 6. — Pour les départements de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion, un règlement d'administration publique déterminera, d'une part, les conditions de vente ou de fourniture des contraceptifs aux mineurs non émancipés et, d'autre part, les conditions dans lesquelles les établissements et centres visés aux articles 3 et 4 de la présente loi pourront délivrer des contraceptifs. Ce règlement d'administration publique fixera les modalités d'application des

autres dispositions de la présente loi à ces départements en tenant compte de leur situation particulière.

Art. 7. — I. — Sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 2.000 à 20.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement :

1° Quiconque aura, de quelque manière que ce soit, importé ou fait importer, fabriqué ou fait fabriquer, vendu ou fait vendre, fourni ou fait fournir, délivré ou fait délivrer des produits, médicaments ou objets contraceptifs en infraction aux dispositions de l'article 2, ou des premier, deuxième et quatrième alinéas de l'article 3, ou des règlements pris pour leur application ;

2° Quiconque aura contrevenu aux dispositions de l'article 5 ou des règlements pris pour son application.

II. — Toutefois, sera puni :

1° D'un emprisonnement d'un an à quatre ans et d'une amende de 4.000 à 40.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement :

a) Quiconque aura, de quelque manière que ce soit, vendu ou fait vendre, fourni ou fait fournir, délivré ou fait délivrer des produits, médicaments ou objets contraceptifs à des mineurs non émancipés en infraction aux dispositions des premier, deuxième, quatrième et cinquième alinéas de l'article 3 et des textes réglementaires pris pour leur application ou pour l'application de l'article 6 ;

b) Le praticien qui aura sciemment contrevenu aux dispositions du cinquième alinéa de l'article 3 ou des textes réglementaires pris pour son application ou pour l'application de l'article 6 ;

2° D'un emprisonnement de deux mois à six mois et d'une amende de 2.000 à 20.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement quiconque aura contrevenu aux dispositions du troisième alinéa de l'article 3 ou des premier et deuxième alinéas de l'article 4 ou des textes réglementaires pris pour leur application ou pour l'application de l'article 6.

Art. 8. — Chaque année, à l'occasion de la discussion du projet de loi de finances, le ministre des affaires sociales publiera un rapport rendant compte de l'évolution démographique du pays, ainsi que de l'application de la présente loi.

Art. 9. — Les règlements d'administration publique doivent être publiés au plus tard dans les six mois qui suivent la promulgation de la présente loi.

Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 PORTANT DIVERSES DISPOSITIONS RELATIVES A LA REGULATION DES NAISSANCES

Art. 2. — Le deuxième alinéa de l'article 4 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 est abrogé et remplacé par la disposition suivante :

« Les centres de planification ou d'éducation familiale agréés sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire. Dans ces cas, les frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres de planification ou d'éducation familiale. Un décret précisera les modalités d'application de la présente disposition. »

Art. 7. — Le paragraphe a de l'article L. 283 du code de la sécurité sociale est complété par les dispositions suivantes :

« ...y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives. »

Art. 8. — Le paragraphe 1° de l'article 1038 du code rural est complété par les dispositions suivantes :

« ... y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives. »

Art. 9. — Il est ajouté à l'article 8-1 de la loi nu 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée, relative à l'assurance maladie et à l'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, un deuxième alinéa ainsi rédigé :

« Les prestations de base comportent également la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs, ainsi que des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives. »

Art. 10. — Au chapitre VII du code de la famille et de l'aide sociale intitulé « Aide médicale », est inséré, entre l'article 181 et l'article 182, un article 181-1 ainsi libellé :

« Art. 181-1. — L'aide médicale peut être également obtenue pour les médicaments, produits et objets contraceptifs, ainsi que pour les analyses et examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives, selon une procédure particulière fixée par décret. »

LOI n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse

TITRE I

Art. 1er. — La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi.

Art. 2. — Est suspendue pendant une période de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'application des dispositions des quatre premiers alinéas de l'article 317 du code pénal lorsque l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée avant la fin de la dixième semaine par un médecin dans un établissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 du code de la santé publique.

TITRE II

Art. 3. — Après le chapitre III du titre rr du livre II du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III bis intitulé « Interruption volontaire de la grossesse ».

Art. 4. — La section I du chapitre III bis du titre II du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigé :

Section I

Interruption volontaire de la grossesse pratiquée avant la fin de la dixième semaine.

« Art. L. 162-1. — La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse.

« Art. L. 162-2. — L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.

« Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176.

« Art. L. 162-3. — Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, sous réserve de l'article L. 162-8 :

« 1° Informer celle-ci des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures ;

« 2° Remettre à l'intéressée un dossier-guide comportant :

« a) L'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères, célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que des possibilités offertes par l'adoption d'un enfant à naître ;

« b) La liste et les adresses des organismes visés à l'article 162-4.

« Un arrêté précisera dans quelles conditions les directions départementales d'action sanitaire et sociale assureront la réalisation des dossiers-guides destinés aux médecins.

« Art. L. 162-4. — Une femme s'estimant placée dans la situation visée à l'article L. 162-1 doit, après la démarche prévue à l'article L. 162-3, consulter un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé qui devra lui délivrer une attestation de consultation.

« Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés.

« Les personnels des organismes visés au premier alinéa sont soumis aux dispositions de l'article 378 du code pénal.

« Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

« Art. L. 162-5. — Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 162-3 et L. 162-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite ; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme.

« Art. L. 162-6. — En cas de confirmation, le médecin peut pratiquer lui-même l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L. 162-2. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, il restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin choisi par elle et lui délivre en outre un certificat attestant qu'il s'est conformé aux dispositions des articles L. 162-3 et L. 162-5.

« L'établissement dans lequel la femme demande son admission doit se faire remettre les attestations justificatives qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 162-3 à

L. 162-5.

« Art. L. 162-7. — Si la femme est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis.

« Art. L. 162-8. — Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus.

« Sous la même réserve, aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

« Un établissement d'hospitalisation privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.

« Toutefois, dans le cas où l'établissement a demandé à participer à l'exécution du service public hospitalier ou conclu un contrat de concession, en application de la loi n° 70-1318 du

31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ce refus ne peut être opposé que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.

« Art. L. 162-9. — Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.

« Art. L. 162-10. — Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin inspecteur régional de la santé ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.

« Art. L. 162-11. — L'interruption de grossesse n'est autorisée pour une femme étrangère que si celle-ci justifie de conditions de résidence fixées par voie réglementaire.

« Les femmes célibataires étrangères âgées de moins de dix huit ans doivent en outre se soumettre aux conditions prévues à l'article L. 162-7. »

Art. 5. — La section II du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigée :

Section II

Interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique.

« Art. 162-12. — L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

« L'un des deux médecins doit exercer son activité dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 176 et l'autre être inscrit sur une liste d'experts près la Cour de cassation ou près d'une cour d'appel.

« Un des exemplaires de la consultation est remis à l'intéressée ; deux autres sont conservés par les médecins consultants.

« Art. L. 162-13. — Les dispositions des articles L. 162-2 et L. 162-8 à L. 162-10 sont applicables à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique. »

Art. 6. — La section III du chapitre III bis du titre IV du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigée :

Section III

Dispositions communes.

« Art. L. 162-14. — Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'application du présent chapitre. »

TITRE III

Art. 7. — I. — L'intitulé de la section I du chapitre V du livre II du code de la santé publique est modifié comme suit :

Section I

Etablissements d'hospitalisation recevant des femmes enceintes.

II. — A l'article L. 176 du code de la santé publique les mots « une clinique, une maison d'accouchement ou un établissement privé » sont remplacés par les mots « un établissement d'hospitalisation privé ».

III. — L'article L. 178 du code de la santé publique est modifié comme suit :

« Art. L. 178. — Le préfet peut, sur rapport du médecin inspecteur départemental de la santé prononcer le retrait de l'autorisation prévue à l'article L. 176 si l'établissement cesse de remplir les conditions fixées par le décret prévu audit article ou s'il contrevient aux dispositions des articles L. 162-6 (2^e alinéa) et L. 162-9 à L. 162-11. »

IV. — Il est introduit dans le code de la santé publique un article L. 178-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 178-1. — Dans les établissements visés à l'article L. 176 le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées chaque année ne pourra être supérieur au quart du total des actes chirurgicaux et obstétricaux.

« Tout dépassement entraînera la fermeture de l'établissement pendant un an. En cas de récidive, la fermeture sera définitive. »

Art. 8. — Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'avortement volontaire, effectué dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique, ne peuvent excéder les tarifs fixés en application de l'ordonnance nn 45-1483 du 30 juin 1945 relative aux prix.

Art. 9. — Il est ajouté au titre III, chapitre VII du code de la famille et de l'aide sociale un article L. 181-2 ainsi rédigé :

* Art. L. 181-2. — Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique sont pris en charge dans les conditions fixées par décret. »

Art. 10. — L'article L. 647 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 647. — Sans préjudice des dispositions de l'article 60 du code pénal, seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2 000 à 20 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué à l'interruption de grossesse, même licite, alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet.

« Seront punis des mêmes peines ceux qui, par un moyen quelconque, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens, auront fait de la propagande ou de la publicité directe ou indirecte concernant soit les établissements dans lesquels sont pratiquées les interruptions de grossesse, soit les médicaments, produits et objets ou méthodes destinés à procurer ou présentés comme de nature à procurer une interruption de grossesse.

« En cas de provocation, de propagande ou de publicité au moyen de l'écrit, même introduit de l'étranger, de la parole ou de l'image, même si celles-ci ont été émises de l'étranger, pourvu qu'elles aient été perçues en France, les poursuites prévues aux alinéas précédents seront exercées contre les personnes énumérées à l'article 285 du code pénal, dans les conditions fixées par cet article, si le délit a été commis par la voie de la presse, et contre les personnes reconnues responsables de l'émission ou, à leur défaut, les chefs d'établissements, directeurs ou gérants des entreprises ayant procédé à la diffusion ou en ayant tiré profit, si le délit a été commis par toute autre voie. »

Art. 11. — Les dispositions du titre II de la présente loi seront applicables tant que le titre Ier restera en vigueur. L'application des articles L. 161-1, L. 650 et L. 759 du code de la santé publique est suspendue pour la même durée.

Art. 12. — Le début du deuxième alinéa de l'article 378 du code pénal est ainsi rédigé :

« Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements pratiqués dans des conditions autres que celles qui sont prévues par la loi, dont elles ont eu connaissance... »

(Le reste sans changement.)

Art. 13. — En aucun cas l'interruption volontaire de la grossesse ne doit constituer un moyen de régulation des naissances. A cet effet, le Gouvernement prendra toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les centres de protection maternelle et infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information.

Art. 14. — Chaque centre de planification ou d'éducation familiale constitué dans les centres de protection maternelle et infantile sera doté des moyens nécessaires pour informer, conseiller et aider la femme qui demande une interruption volontaire de grossesse.

Art. 15. — Les décrets pris pour l'application de la présente loi seront publiés dans un délai de six mois à compter de la date de sa promulgation.

Art. 16. — Le rapport sur la situation démographique de la France, présenté chaque année au Parlement par le ministre chargé de la population, en application de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967, comportera des développements sur les aspects socio-démographiques de l'avortement.

En outre, l'institut national d'études démographiques analysera et publiera, en liaison avec l'institut national de la santé et de la recherche médicale, les statistiques établies à partir des déclarations prévues à l'article L. 162-10 du code de la santé publique.

Annexe 3 : CIM-10 Version 2008 Chapitre V : Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)

Retard mental (F70-F79)

Arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé principalement par une altération, durant la période du développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des capacités sociales. Le retard mental peut accompagner un autre trouble mental ou physique ou survenir isolément.

Les degrés de retard mental sont habituellement déterminés par des tests d'intelligence normalisés. Ces derniers peuvent s'accompagner d'échelles évaluant l'adaptation sociale à un milieu donné. Ces mesures fournissent une estimation approximative du degré de retard mental. Le diagnostic dépendra également de l'évaluation globale des fonctions intellectuelles par un médecin compétent.

Les capacités intellectuelles et l'adaptation sociale peuvent changer et, même si elles sont très médiocres, être améliorées par une formation et une rééducation appropriée. Le diagnostic doit être basé sur les niveaux fonctionnels détectés.

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour noter les affections associées, par exemple un autisme, un autre trouble du développement, une épilepsie, un trouble des conduites ou un désavantage physique grave.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme quatrième chiffre pour identifier la gravité de la déficience du comportement :

- .0 Déficience du comportement absent ou minime
- .1 Déficience du comportement significatif, nécessitant une surveillance ou un traitement
- .8 Autres déficiences du comportement
- .9 Sans mention d'une déficience du comportement

F70 : Retard mental léger

[voir avant F70 pour les lotissements]

QI de 50 à 69 (chez les adultes, âge mental de 9 à moins de 12 ans). Aboutira vraisemblablement à des difficultés scolaires. Beaucoup d'adultes seront capables de travailler et de maintenir de bonnes relations sociales, et de s'intégrer à la société.

Inclus : arriération mentale légère

F71 : Retard mental moyen

[voir avant F70 pour les lotissements]

QI de 35 à 49 (chez les adultes, âge mental de 6 à moins de 9 ans). Aboutira vraisemblablement à d'importants retards de développement dans l'enfance, mais beaucoup peuvent acquérir des aptitudes scolaires et un certain degré d'indépendance et les capacités suffisantes pour communiquer. Les adultes ont besoin d'un soutien, de niveaux variés, pour travailler et vivre dans la communauté.

Inclus : arriération mentale moyenne

F72 : Retarder la tombe mentale

[voir avant F70 pour les lotissements]

QI de 20 à 34 (chez les adultes, âge mental de 3 à moins de 6 ans). Aboutira vraisemblablement à un besoin prolongé de soutien.

Inclus : arriération mentale grave

F73 : Retard mental profond

[voir avant F70 pour les lotissements]

QI au-dessous de 20 (chez les adultes, âge mental en dessous de 3 ans). À propos d'une limitation très marquée des capacités de prendre soin de soi-même, de contrôler ses besoins naturels, de communiquer et de se déplacer.

Inclus : arriération mentale profonde

F78 : Autres formes de retard mental

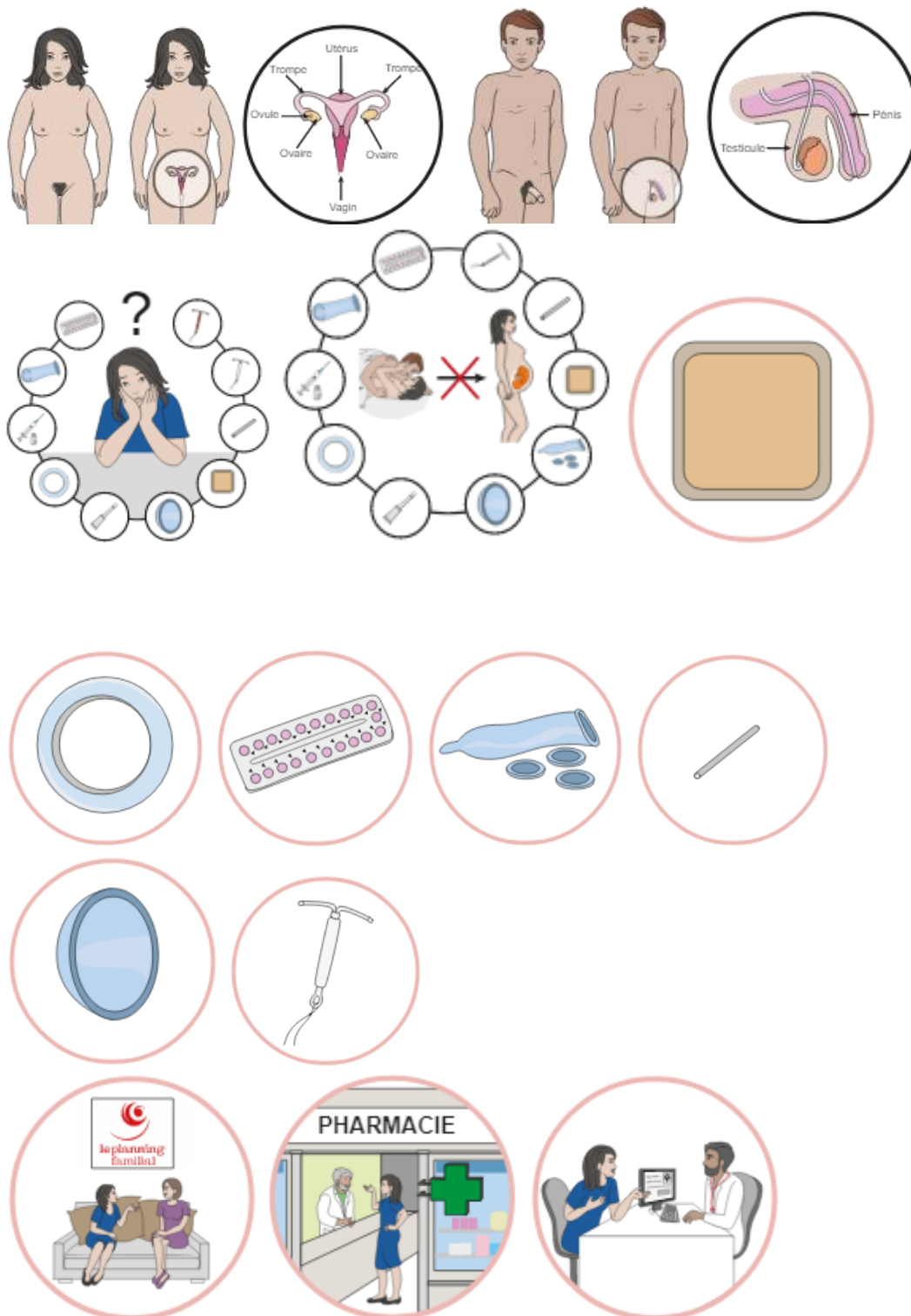
[voir avant F70 pour les lotissements]

F79 : Retard mental, sans précision

[voir avant F70 pour les lotissements]

Inclus : arriération mentale SAI ; débilité mentale SA

Annexe 4 : iconographie de santebd.org



AUTEUR : Nom : JOLIVET

Prénom : Louise

Date de soutenance : 04 novembre 2021

Titre de la thèse : Modalités de contraception chez la femme en situation de déficience intellectuelle dans les régions du Nord et du Pas de Calais

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : médecine générale, contraception, déficience intellectuelle, handicap

Contexte : l'introduction de la contraception et la prévention des MST fait l'objet d'un temps de consultation dédié pour la femme en médecine générale. Dans la population en situation de déficience intellectuelle, jusqu'en 1996, la stérilisation était la contraception proposée. Aujourd'hui, ces femmes ont les mêmes droits que celles de la population générale. Cette étude a pour objectif de comprendre quelles sont les modalités de prescription de la contraception chez les femmes de cette population vulnérable.

Méthode: Etude quantitative observationnelle multicentrique par entretiens structurés par questionnaires auprès des établissements médico-sociaux du Nord et du Pas de Calais. Le recueil des données a été effectué du 15/12/2020 au 31/06/2021. Les données ont été analysées par la doctorante et contrôlées par la directrice de thèse.

Résultats: 110 réponses ont été obtenues. La moyenne d'âge était à 23,74 ans. Les femmes étudiées étaient déficientes intellectuelles modérées pour la plupart et une partie avaient des rapports sexuels connus. Les deux modes de contraception principaux étaient la pilule et l'implant contraceptif. En cas d'absence de contraception, cela était majoritairement dû à un refus familial. La plupart des femmes avaient bénéficié d'un temps de discussion autour de la contraception via une infirmière ou un médecin mais le choix était effectué par l'entourage ou les équipes des établissements médico-sociaux. Peu de patientes en âge d'effectuer un suivi préventif contre le cancer de l'utérus le faisait. Enfin, près de la moitié de ces patientes abordaient librement leur vie affective au sein des structures interrogées.

Conclusion: Les femmes en situation de déficience intellectuelle bénéficient principalement d'une contraception par pilule ou implant mais ne les choisissent pas directement pour 84,45% d'entre elles. Les limites de compréhension et de communication rendent la relation avec ses patientes plus complexe. De plus, il faudrait laisser plus de place à l'autodétermination de ces patientes dont l'entourage reste très présent.

Composition du Jury :

Président : Pr. C. BERKHOUT

Assesseurs : Pr. D. DELEPLANQUE, Pr. B. DERVAUX

Directrice de thèse : Dr J. TARRAGON