



HAL
open science

Évaluation de la certitude décisionnelle des patientes se présentant pour la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse au centre de planification du centre hospitalier de la Côte Basque

Anne-Charlotte Troccard-Fourcade

► To cite this version:

Anne-Charlotte Troccard-Fourcade. Évaluation de la certitude décisionnelle des patientes se présentant pour la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse au centre de planification du centre hospitalier de la Côte Basque. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02487399

HAL Id: dumas-02487399

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02487399>

Submitted on 21 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par Anne-Charlotte TROCCARD-FOURCADE
Née le 09 octobre 1985 à Bayonne (64)
le 18 juin 2019

**Évaluation de la certitude décisionnelle des patientes se
présentant pour la réalisation d'une interruption volontaire de
grossesse au centre de planification du centre hospitalier de la
Côte Basque.**

Directrice de thèse

Madame le Docteur Nathalie RAE

Jury

Monsieur le Professeur Dominique DALLAYPrésident
Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPHRapporteur
Monsieur le Professeur Claude HOCKEMembre
Monsieur le Docteur Jean-Philippe PECASTAINGMembre

Remerciements

A Monsieur le Professeur Dominique DALLAY

*Professeur au Département de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Université de Bordeaux,
Gynécologue-obstétricien au CHU de Bordeaux.*

Vous me faites l'honneur de présider ce jury,

Veillez trouver en ces lignes l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

*Professeur au Département de Médecine générale de l'Université de Bordeaux,
Médecin généraliste à Bordeaux.*

Pour avoir accepté la tâche de rapporteur de thèse.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma plus profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Claude HOCKE

*Professeur au Département de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Université de Bordeaux,
Gynécologue-obstétricien au CHU de Bordeaux.*

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean-Philippe PECASTAING

*Médecin généraliste à Biarritz,
Praticien agréé maître de stage des Universités.*

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury.

Merci pour votre pédagogie, et votre enthousiasme à transmettre votre passion pour la médecine générale.

A Madame le Docteur Nathalie RAE

Médecin généraliste pratiquant la gynécologie médicale à Bordeaux.

Pour m'avoir accompagné tout au long de ce travail.

A Nelson pour ton amour et ton soutien au quotidien.

A Pia pour le bonheur immense que tu nous apportes.

A mes parents. Merci pour votre amour, votre soutien et votre confiance. Je n'en serais pas là aujourd'hui sans vous.

A ma sœur pour notre complicité.

A ma famille bien aimée.

A tatie Monique et tonton Pierre. Merci pour votre relecture.

A ma belle-famille pour m'avoir accueilli si chaleureusement il y a quelques années déjà. Vous êtes une seconde famille.

A Joanne, et Claire je partage ma vie avec vous, merci d'avoir toujours été là pour moi, vous m'êtes indispensable.

A Audrey, Carole merci pour cette belle amitié qui dure depuis notre enfance.

A Thibault, Louis, Margaux, Jean-Thomas et Ahlem vous êtes de la famille.

A Marie, Xavier, Estelle et Mélanie vous êtes de très belles rencontres de l'internat. Nous avons partagé des moments forts durant nos premiers pas de jeunes médecins.

A Caroline, pour ton soutien durant la sixième année et notre amitié malgré la distance.

A Carole, pour tous ces bons souvenirs durant les années fac.

A Quitterie et Kevin pour avoir été là dans les moments difficiles. Vous êtes des amis précieux.

A Alexis, Laura, Anne, Mirentxu, Thibault, Antoine, Anne, Marjolaine, Aurélien et Frédéric vous m'êtes très chers.

A mes amis du pays basque, Astrid, JC, Thomas, Karine, Clément, Bastien et Mathilde.

Au Docteur Tania LABES et à l'équipe du CPEF de Bayonne et plus particulièrement à Martine et Leila, ce travail n'existerait pas sans votre aide.

A Hélène et Romain pour leur aide pour la réalisation des statistiques.

A tonton Michel, toujours avec nous. Je te dédis ce travail.

Table des matières

1	<i>Première partie : Justification</i>	8
1.1	Généralités sur l'interruption volontaire de grossesse	8
1.1.1	Épidémiologie	8
1.1.2	La législation en France.	9
1.2	Le centre de planification du centre hospitalier de la côte basque	10
1.2.1	Les chiffres	10
1.2.2	Le parcours des patientes	10
1.2.3	Le protocole.....	11
1.2.3.1	IVG médicamenteuse	11
1.2.3.2	IVG chirurgicale.....	11
1.3	Prise de décision dans les soins de santé	12
1.3.1	Décision médicale complexe.....	12
1.3.2	Conflit décisionnel dans la prise de décision	12
1.3.3	Échelle de conflit décisionnel	13
1.4	L'IVG : une décision médicale particulière	15
1.5	Question de recherche et objectifs	16
2	<i>Méthode</i>	17
2.1	Diagramme de flux des questionnaires dans l'étude	17
2.2	Schéma d'étude	18
2.3	Population	18
2.4	Recueil des données	18
2.5	Critères de jugement et variable relevées	19
2.6	Considérations légales et éthiques	19
2.7	Traitement des données	20
3	<i>Résultats</i>	21
3.1	Statistiques descriptives	21
3.1.1	Données sociodémographiques des patientes	21
3.1.1.1	Âge des patientes.....	21

3.1.1.2	Situation socio-professionnelle	21
3.1.2	Données médicales des patientes	21
3.1.2.1	Antécédents obstétricaux.....	21
3.1.2.2	Méthode de l'IVG et terme de la grossesse actuelle	21
3.1.3	Données sur le parcours des femmes	22
3.1.3.1	Accessibilité au centre de planification familiale	22
3.1.3.2	Quantification et perception des délais	22
3.1.3.3	Accompagnement à la prise de décision	23
3.1.3.4	Accompagnement le jour de l'hospitalisation.....	23
3.1.4	Échelle de conflit décisionnel	24
3.1.5	Description des variables regroupées.....	26
3.2	Réalisation des deux groupes à comparer.....	27
3.3	Statistiques comparatives du Score total à l'ECD.....	29
3.3.1	Résultats des données socio démographiques.....	29
3.3.2	Résultats des données médicales.....	31
3.3.3	Résultats des données concernant le parcours des femmes.....	31
3.3.4	Résultats des données sur le parcours des femmes	32
3.3.5	Résultats des données concernant les variables regroupées.....	33
3.3.6	Facteurs non corrélés à l'ECD	34
3.3.7	Facteurs corrélés à l'ECD	36
3.4	Statistiques comparatives des Sous Scores.....	36
4	Discussion.....	37
4.1	Choix du sujet et critique de la méthode.....	37
4.1.1	L'intérêt du sujet	37
4.1.2	Les points forts de l'étude	37
4.1.3	Les points faibles de l'étude.....	38
4.1.4	Les biais.....	38
4.2	Comparaison de la cohorte aux données de la littérature	39
4.2.1	Évaluation de la certitude décisionnelle des patientes	39
4.2.2	Facteurs prédictifs d'incertitude décisionnelle.....	40
4.3	Perspectives de recherche.....	41

5	<i>Conclusion</i>	42
6	<i>Bibliographie</i>	42
7	<i>Annexes</i>	48
7.1	Annexe 1 : Questionnaire pré-test	48
7.2	Annexe 2 : Version finale du questionnaire	50
7.3	Annexe 3 : Mot explicatif	52
7.3	Annexe 4 : Statistiques comparatives des Sous Scores	52

Liste des abréviations

IVG : Interruption volontaire de grossesse

DROM : Département et région d'outre-mer

GNP : Grossesse Non Prévüe

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

SG : Semaines de Grossesse

SA : Semaines d'Aménorrhée

FCS : Fausse Couche Spontanée

CH : Centre Hospitalier

ECD : Échelle de Conflit Décisionnel

CPP : Comité de Protection des Personnes

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Avant-propos

L'interruption volontaire de grossesse est un avortement provoqué, décidé pour des raisons non médicales par la femme elle-même (1).

Le droit à l'avortement est un acquis majeur des femmes et le fruit d'un long combat. Ce droit est un élément structurant de l'égalité entre les femmes et les hommes.

Le nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesses (IVG) est stable depuis plusieurs décennies malgré une haute protection contraceptive médicalisée. C'est le « *paradoxe français* ». En effet la diffusion des méthodes efficaces de contraception a permis de diminuer la fréquence des grossesses non prévues (GNP). En revanche lorsqu'elles surviennent, le recours à l'IVG est plus fréquent, et au total le nombre d'IVG n'a pas baissé depuis 40 ans (1).

L'interruption volontaire de grossesse reste un acte médical particulier parce qu'il engage des questions éthiques et philosophiques spécifiques : le droit à la vie, le droit à disposer de son corps, la relation à la maternité et au désir d'enfant, les rapports de couple, etc.

En contrepartie de la liberté de décision laissée à la femme, la loi a donné la possibilité au médecin, fait exceptionnel, de refuser de pratiquer cet acte (2).

L'objectif de notre travail est d'améliorer la connaissance en matière d'attentes et de satisfaction des femmes concernant leurs parcours jusqu'à l'obtention de leur interruption volontaire de grossesse.

Évaluer leur certitude décisionnelle est fondamental pour les guider, ajuster le délai de réflexion nécessaire pour chacune et leurs besoins en matière d'information et de soutien.

1 Première partie : Justification

1.1 Généralités sur l'interruption volontaire de grossesse

1.1.1 Épidémiologie

En 2017, 216 700 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées en France, dont 202 900 auprès de femmes résidant en Métropole. Le taux de recours s'élève à 14,4 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Métropole et à 26,1 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Les jeunes femmes (20 à 24 ans) restent les plus concernées, avec un taux de 26,7 IVG pour 1000 femmes pour la France entière. L'indice conjoncturel d'avortement se maintient à 0,53 IVG par femme en 2017 (3).

Les écarts régionaux perdurent, les taux de recours allant du simple au double selon les régions. En Métropole, ils varient de 10,2 IVG pour 1 000 femmes en Pays de la Loire à 21,4 IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ils sont souvent plus élevés dans les DROM et atteignent 33,6 pour 1000 femmes en Guadeloupe.

En 2017, 48 100 IVG ont été réalisées hors d'une structure hospitalière, soit 22 % du total des IVG. À l'hôpital, la part des IVG instrumentales continue de décroître et s'élève à 41 % des IVG en établissement de santé, soit 32 % du total des IVG (3).

En Nouvelle-Aquitaine, 16 043 IVG ont été réalisées en 2017, dont 12 659 en établissement de santé (public ou privé), 558 en centre de santé ou centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et 2 826 en cabinet libéral.

Le taux de recours est de 13,2 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans et de 6,0 pour 1000 femmes mineures âgées de 15 à 17 ans (3).

1.1.2 La législation en France.

En France, l'IVG a été temporairement autorisée par la loi du 17 janvier 1975 dite « loi Veil », reconduite en 1979, puis définitivement légalisée le 1^{er} janvier 1980. Cet acte est remboursé par la sécurité sociale depuis la loi du 1^{er} janvier 1983 (loi Roudy).

La technique médicamenteuse est autorisée depuis 1989. La loi Aubry-Guigou du 4 juillet 2001 a introduit une modification des règles de recours à l'IVG, en portant le délai maximal de recours autorisé de dix à douze semaines de grossesse (SG) (4).

La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue, ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention. Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à sept semaines d'aménorrhée (SA).

Les médecins autorisés depuis juillet 2004 à pratiquer cette intervention dans leur cabinet, déclarent cette activité par le biais de l'établissement de santé avec lequel ils ont passé une convention (4).

Les centres de santé et les CPEF réalisent également des IVG médicamenteuses depuis le décret du 6 mai 2009, précisant les modalités de la loi 2007-1786 du 19 décembre 2007 et étendant le dispositif relatif à la pratique des IVG par voie médicamenteuse en dehors des établissements de santé.

Par ailleurs, depuis le 31 mars 2013, l'IVG est prise en charge à 100% par l'assurance maladie, de même que les contraceptifs remboursables (pilules de 1^{er} et 2^{ème} génération, implant contraceptif hormonal et stérilet) pour les jeunes filles de 15 ans à 18 ans, dans toutes les pharmacies, sur présentation d'une ordonnance.

Le tarif payé aux établissements de santé pour le forfait d'IVG chirurgicales a été revalorisé de 50% dans le secteur public. Dans le secteur privé, seule la partie hébergement a été revalorisée. La loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 27 janvier 2016, a supprimé le délai de réflexion obligatoire de sept jours entre la première et la deuxième consultation pour obtenir une IVG. Tous les actes nécessaires pour une IVG sont remboursés à 100% depuis le 1^{er} avril 2016. Enfin les sages-femmes peuvent pratiquer des IVG depuis juin 2016 (4).

1.2 Le centre de planification du centre hospitalier de la côte basque

1.2.1 Les chiffres

En 2017, 555 patientes se sont présentées au centre de planification de l'hôpital de Bayonne. Parmi elles, 474 ont réalisé une IVG en 2017, 271 soit 57,2% par méthode chirurgicale, 203 soit 42,8% par méthode médicamenteuse ; 27 ont réalisé leur IVG en 2018 ; et 54 n'ont pas réalisé d'IVG. Parmi ces 54, 20 ont poursuivi leur grossesse, 10 ont fait une fausse couche spontanée, 10 ont été dirigées vers un autre centre IVG, et 14 ont été perdues de vue.

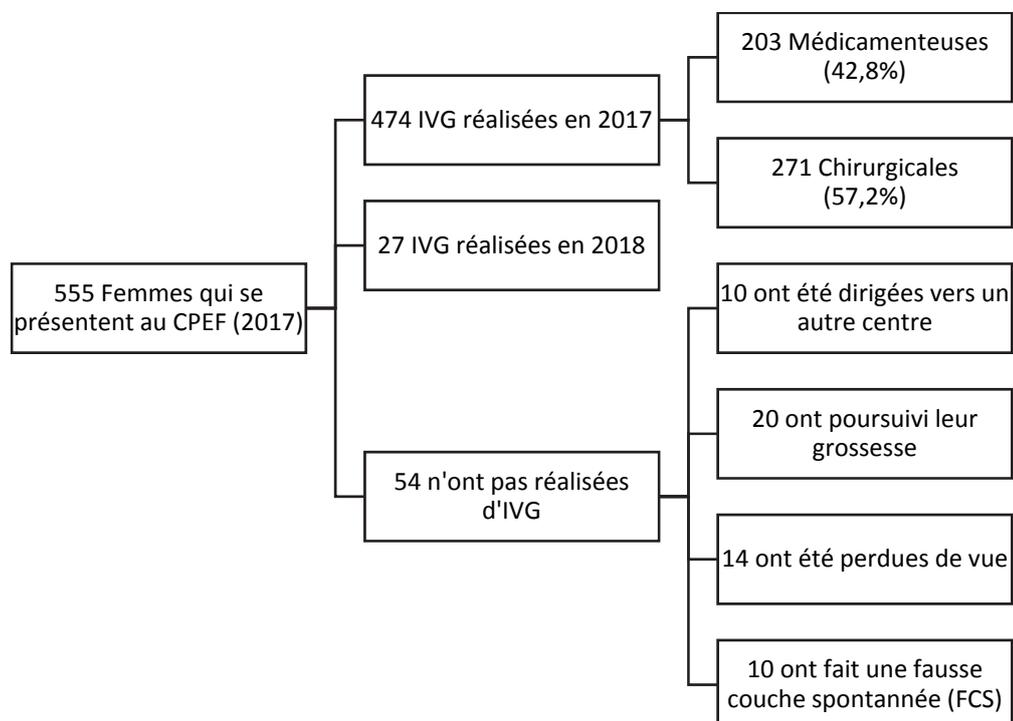


Fig.1. Les chiffres 2017 du CPEF du CH de la côte basque.

1.2.2 Le parcours des patientes

Le plus souvent les patientes se présentent au CPEF après avoir bénéficié d'une première consultation de demande d'IVG auprès d'un médecin généraliste, d'une sage-femme ou d'un gynécologue de ville.

Elles consultent alors au centre, munies de leur premier certificat, d'une échographie de datation et d'un dosage des béta HCG plasmatique.

En revanche, si la consultation au centre de planification correspond à la première demande, les patientes reviennent 48 heures plus tard pour un deuxième rendez-vous.

1.2.3 Le protocole

1.2.3.1 IVG médicamenteuse

Au centre hospitalier (CH) de la côte basque, les IVG médicamenteuses sont réalisées jusqu'à 9 SA en hospitalisation sur la journée du samedi et du dimanche.

Les patientes peuvent être accompagnées en chambre.

Les consentements sont recueillis lors de deux consultations distinctes. Un entretien social est systématiquement proposé (obligatoire chez la mineure).

Lorsqu'un entretien social avec une conseillère conjugale est programmé, un délai de deux jours minimum est respecté avant la prise de **mifépristone**.

Le protocole médicamenteux en l'absence de contre-indications consiste:

- ❖ à moins de 7 SA : prise de 3 comprimés per os de **mifépristone** (soit 600 mg), suivie 24-48h plus tard de la prise de 400 µg de **misoprostol** par voie sublinguale ou jugale à renouveler 3 heures après si nécessaire.
- ❖ Entre 7 et 9 SA : la prise de 3 comprimés per os de **mifépristone** (soit 600 mg) est suivie 24-48h plus tard de 800 µg de **misoprostol** en une prise unique jugale, sublinguale ou vaginale.

Un contrôle de l'efficacité et de l'absence de complications de la méthode est réalisé lors d'une consultation entre J14 et J21.

1.2.3.2 IVG chirurgicale

Les IVG chirurgicales ont lieu le vendredi sauf exception. Elles sont effectuées sous anesthésie générale. La patiente arrive le matin de l'intervention à jeun depuis la veille minuit, elles sont en chambre seule et peuvent également être accompagnées.

Au préalable une préparation cervicale est recommandée, le **misoprostol** est l'agent de première intention, une dose de 400 µg est recommandée 2 à 3h avant l'intervention par voie jugale, sublinguale ou vaginale (5).

Pour les grossesses entre 12 et 14 SA chez une patiente nullipare, la **mifépristone** per os 200mg est également recommandée 24 à 48 heures avant le geste chirurgical (1).

La méthode repose sur la dilatation du col et l'évacuation du contenu utérin par aspiration sous couvert d'une antibioprofylaxie.

Un contrôle de l'efficacité et de l'absence de complications de la méthode est réalisé lors d'une consultation entre J14 et J21.

1.3 Prise de décision dans les soins de santé

1.3.1 *Décision médicale complexe*

Une décision difficile se définit sur la base suivante : quand le patient doit considérer les avantages et les désavantages des différentes options disponibles et qu'il n'y a ni bon ni mauvais choix (6).

1.3.2 *Conflit décisionnel dans la prise de décision*

L'inconfort à prendre une décision provient de l'incertitude que celle-ci engendre. Cette incertitude occasionne chez l'individu un conflit décisionnel.

Ce conflit est l'un des éléments clés de la prise de décision, en contexte d'incertitude, et est décrit comme un construit psychologique intra personnel qu'expérimente un individu (7). En 1977, Janis et Mann définissaient le conflit décisionnel comme étant « *les tendances opposées simultanées dans l'esprit d'un individu qui le poussent à accepter et à rejeter un plan d'action donné* » (8).

Quant à la North American Nursing Diagnosis Association (1992), elle définit le conflit décisionnel comme étant « *l'incertitude quant à la ligne de conduite à adopter lorsque le choix entre des actes antagonistes implique un risque, une perte ou une remise en question des valeurs personnelles* » (8).

Le conflit décisionnel peut provenir de l'hésitation qu'une personne ressent par rapport au choix à privilégier lorsque plusieurs options contradictoires sont possibles et auxquelles sont potentiellement associées des risques, des pertes, des regrets, une incertitude de résultat ou qui sont opposés aux valeurs personnelles (9).

L'origine du conflit décisionnel peut provenir de facteurs rendant encore plus difficile la prise de décision tels que le manque d'information, les attentes irréalistes, l'incertitude des valeurs, des normes incertaines, les pressions indues par les pairs et les ressources inadéquates personnelles ou extérieures à l'individu (8)(10).

Une enquête d'O'Connor *et al* menée auprès de 635 adultes canadiens a démontré que 59% d'entre eux ont vécu un conflit décisionnel lors de décision de soins de santé (11). Ce conflit s'était manifesté par un haut niveau de stress et par un retard dans la prise de décision.

1.3.3 Échelle de conflit décisionnel

Afin de mesurer le degré d'incertitude du patient face à une décision concernant sa santé et les facteurs qui contribuent à cette incertitude O'Connor et Perrault (1995) ont développé la première échelle servant à quantifier le conflit décisionnel. Cette échelle évalue l'incertitude personnelle ressentie et les facteurs qui y contribuent lors d'un processus décisionnel en soin de santé (12).

Cette échelle de conflit décisionnel (ECD) auto administrée est devenue un standard dans l'évaluation des incertitudes et des facteurs modifiables associés dans la prise de décision en soins de santé (13).

La version longue comporte **12 questions** qui mesurent la perception par le patient de sa prise de décision. Cette évaluation peut être faite à n'importe quel stade de la prise de décision.

Les premières questions portent sur les principaux facteurs modifiables : perception d'un manque d'information (questions 1 à 3), valeurs peu claires (questions 4 à 6) et sentiment d'un manque de soutien dans la prise de décision (questions 7 à 9) ; alors que les questions 10 à 12 sont orientées vers l'évaluation de l'incertitude.

A cela s'ajoute **4 questions** qui mesurent la perception par le patient de la décision, une fois son choix effectué (questions 13 à 16) (8).

Ces questions permettent de déterminer si le patient croit qu'il a effectué un choix éclairé, reflétant ses propres valeurs, auquel il pense pouvoir continuer à adhérer et avec lequel il se sent satisfait (8).

On demande à chaque patient de répondre à chaque question en utilisant une **échelle de Likert** (outil psychométrique permettant de mesurer une attitude chez des individus) à 5 points, allant de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord ». Chaque réponse est notée de 1 (tout à fait d'accord) à 5 (pas du tout d'accord).

Le score global est calculé en faisant la moyenne du score des questions, puis le score de chaque patient est présenté en pourcentage en soustrayant 1 au score global et en multipliant par 25.

Un score **inférieur ou égal à 25%** signifie généralement que la décision est prise sans difficulté et facilement mise à exécution. Un score **supérieur ou égal à 37,5 %** est considéré comme un conflit décisionnel cliniquement significatif et est associé à un retard dans la décision (8).

Plusieurs études s'accordent sur le seuil de 37,5% pour différencier les patients ayant un conflit décisionnel cliniquement significatif (15-18).

Cet outil d'évaluation a été utilisé à plusieurs reprises pour l'étude de décisions de soins de santé (9,16,19-22). Il s'agit de l'outil le plus utilisé pour évaluer individuellement le conflit décisionnel en matière de soins de santé. Cette échelle a été traduite en plusieurs langues. La mesure du niveau de conflit décisionnel du patient est utile pour diagnostiquer l'inconfort décisionnel du patient, identifier ses besoins spécifiques de soutien à la prise de décision, déterminer la qualité du processus décisionnel et évaluer l'impact des interventions qui soutiennent la prise de décision (10,23,24).

Cette version semble fiable et valide (8,10,20,22,25).

1.4 L'IVG : une décision médicale particulière

Aborder la question de l'avortement ne peut se réduire à la seule prise en compte du contexte médico-législatif. La tolérance à l'égard de cet acte varie profondément selon les systèmes de valeurs et les contextes historiques, sociaux et législatifs (26).

Les données françaises montrent que le sens du recours à l'avortement s'est sensiblement modifié au cours des dernières années.

Dans les années soixante-quinze une GNP sur trois était interrompue par un avortement.

Trente ans plus tard, ces GNP sont beaucoup moins fréquentes (une grossesse sur trois aujourd'hui contre près d'une sur deux il y a trente ans) mais elles sont désormais interrompues six fois sur dix.

Ceci traduit avant tout une modification de la norme procréative qui renvoie probablement aux bonnes conditions socialement définies pour avoir un enfant (27).

En effet dans la mesure où il devient possible d'éviter d'être enceinte et de refuser de poursuivre une grossesse en ayant recours à l'IVG, il importe, probablement, que les conditions les meilleures soient réunies pour avoir un enfant.

Cette norme sociale procréative définirait le « bon moment de la maternité » : ni trop tôt ni trop tard, entre 25 et 35 ans. La perspective planificatrice impliquerait également la limitation du nombre d'enfants et l'espace entre les naissances. Mais surtout, cette norme impliquerait de créer les conditions les plus favorables soit : un couple parental, stable affectivement, psychologiquement et matériellement. Cette naissance s'inscrivant dans un projet parental et survenant au bon moment des trajectoires professionnelles des deux parents (27).

1.5 Question de recherche et objectifs

Notre question de recherche était la suivante : « *les femmes se présentant à leur première consultation au CPEF du CH de la côte basque pour une interruption volontaire de grossesse sont-elles sûres de leur choix ?* »

Les objectifs de l'étude étaient :

Objectif principal : quantifier grâce à l'ECD la certitude de la décision des patientes qui se présentent au CH de la côte basque pour une IVG. Déterminer le score moyen de conflit décisionnel lié à la décision d'interrompre une grossesse chez des patientes se présentant au CPEF du CH de Bayonne, lors de leur consultation avec le médecin.

Objectifs secondaires :

Décrire la population d'étude.

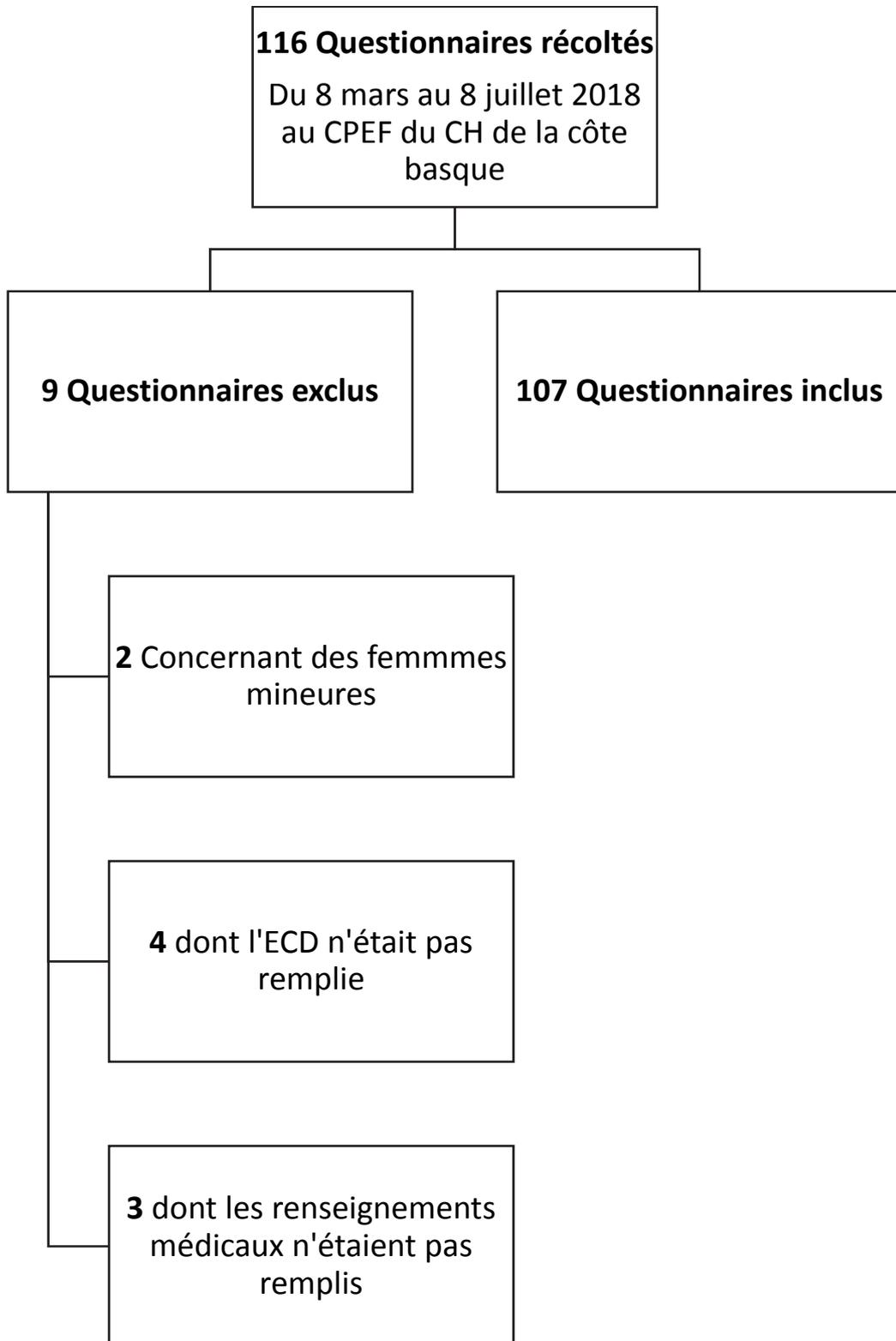
Quantifier certains délais dans le parcours des femmes souhaitant une IVG au centre de planification de la côte basque.

Déterminer s'il existe une association entre le score moyen de conflit décisionnel et les caractéristiques médicales, certaines caractéristiques sociales ou professionnelles.

Dépister certains facteurs prédictifs des résultats de l'ECD.

2 Méthode

2.1 Diagramme de flux des questionnaires dans l'étude



2.2 Schéma d'étude

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons mis en place une étude observationnelle descriptive, par distribution de questionnaires, pour évaluer si les femmes se présentant à leur première consultation au CPEF du CH de la côte basque pour une interruption volontaire de grossesse étaient sûres de leur choix.

2.3 Population

La population cible de l'étude correspondait à toutes les patientes âgées de plus de 18 ans parlant français et qui n'étaient pas sous mesure de contrainte, se présentant au CPEF du CH de la côte basque pour la réalisation d'une IVG.

La population source était un échantillon de patientes âgées de plus de 18 ans parlant français, qui n'étaient pas sous mesure de contrainte, se présentant au CPEF du CH de la côte basque pour la consultation médicale pour l'IVG entre le 8 mars et le 8 juillet 2018 et ayant accepté de compléter le questionnaire.

2.4 Recueil des données

Les questionnaires étaient distribués par la secrétaire aux patientes qui se présentaient pour leur consultation dite « consultation pré-IVG » au CPEF du CH côte basque (Annexe 2).

Ce questionnaire était anonyme et n'était pas obligatoire.

Un texte explicatif accompagnait les questionnaires (Annexe 3).

Celui-ci était complété en trois phases :

- Dans un premier temps les patientes complétaient seules dans la salle d'attente leurs caractéristiques, les données sur leur parcours et l'ECD.
- Puis durant la consultation avec le médecin, celui-ci renseignait les antécédents médicaux de la patiente, le terme le jour de l'IVG et la méthode de l'IVG actuelle.
- Un dernier item sur le délai de prise en charge était rempli par la patiente une fois la date d'hospitalisation programmée.

Une phase test a été réalisée du 19 février 2018 au 8 mars 2018. Suite aux retours de l'équipe et des patientes, des simplifications ont été apportées au premier questionnaire test (Annexe 1).

L'étude s'est déroulée du **8 mars 2018 au 8 juillet 2018**, soit une durée totale de **4 mois**.

2.5 Critères de jugement et variables relevées

Le critère de jugement principal était l'évaluation de la certitude décisionnelle des patientes grâce à l'ECD.

Les critères de jugement secondaires ont été évalués via le recueil de données suivantes :

Nous avons relevé des données sociodémographiques, les antécédents obstétricaux, de même que des données sur le parcours décisionnel des femmes.

2.6 Considérations légales et éthiques

Dans la mesure où notre étude visait à réaliser une expérimentation en Sciences Humaines et Sociales dans le domaine de la santé, l'avis d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) n'était pas nécessaire et ne relevait pas de la loi Jardé.

En effet selon le décret du 10 mai 2017 les études : « *Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine, bien qu'organisées et pratiquées sur des personnes saines ou malades, mais qui n'ont pas pour finalités le développement des connaissances biologiques ou médicales, et qui visent :*

- a) Pour les produits cosmétiques, à évaluer leur capacité à nettoyer, parfumer, modifier l'aspect, protéger, maintenir en bon état le corps humain ou corriger les odeurs corporelles,*
- b) A effectuer des enquêtes de satisfaction du consommateur pour des produits cosmétiques ou alimentaires,*
- c) A effectuer toute autre enquête de satisfaction auprès des patients,*
- d) A réaliser des expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé. »*

Aucune déclaration auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) n'était requise. En effet nous nous sommes conformés aux recommandations fournies par la correspondante informatique et libertés de l'Université de Bordeaux : les questionnaires étaient anonymes, accompagnés d'un mot explicatif précisant son caractère facultatif.

2.7 Traitement des données

Les données extraites des questionnaires ont été saisies dans un tableur Excel®.

Une analyse descriptive des variables socio démographiques, médicales, du parcours et du score de l'ECD a été réalisée :

- Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif et de pourcentage.
- Les variables quantitatives ont été décrites en termes d'effectif, de moyenne et d'écart type ou de médiane et d'intervalle interquartile (distribution non normale), de minimum et de maximum.

A partir de la variable d'intérêt « certitude décisionnelle », 2 groupes ont été constitués :

- Le groupe dit des patientes « certaines » ayant un score à l'ECD inférieur ou égal à 25%.
- Le groupe dit des patientes avec un « conflit décisionnel élevé » ayant un score à l'ECD supérieur ou égal à 37,5%.

Nous avons ainsi pu réaliser des statistiques comparatives entre ces deux groupes de femmes dites « certaines » et « conflit décisionnel élevé ». De la même manière, des statistiques comparatives ont été réalisées à partir de sous-scores dans les domaines « information », « valeurs », « soutien », « incertitude » et « maintien de la décision ».

Pour l'analyse descriptive et l'analyse statistique univariante, les variables « formation », « situation professionnelle », « situation familiale », « accompagnement le jour de l'IVG », « perception délai entre diagnostic et décision d'interrompre la grossesse » et « perception délai entre décision et réalisation de l'IVG », ont été regroupées afin d'obtenir des groupes avec des effectifs plus importants.

Les variables qualitatives ont été comparées entre les groupes par le test du Chi-deux, du Chi-deux corrigé (correction de Yates) ou de Fisher exact, selon les valeurs des effectifs attendus sous l'hypothèse d'indépendance.

Les variables quantitatives ont été comparées entre deux groupes par le test de Wilcoxon (test non paramétrique, comparaison des rangs).

L'ensemble des analyses statistiques a été effectué à l'aide du logiciel R 3.5.1.

Le seuil retenu pour le risque de première espèce était fixé à 5%.

3 Résultats

3.1 Statistiques descriptives

3.1.1 Données sociodémographiques des patientes

3.1.1.1 Âge des patientes

L'âge moyen des patientes ayant répondu au questionnaire sur la période de recueil est de **28,17 ans** (+/- 7,27) ; l'âge maximum est de **47 ans** et l'âge minimum est de **18 ans**.

3.1.1.2 Situation socio-professionnelle

Concernant la formation, **28,97%** avaient le niveau CAP/BEP/Brevet ; **31,78%** le niveau BAC/BP/BT ; **14,95%** le niveau Bac+2 ; **15,89%** le niveau Bac+3 et 4 ; enfin **8,41%** le niveau Bac +5 et plus.

Quant à la situation professionnelle, **8,41%** étaient femmes au foyer, **14,95%** au chômage, **14,96%** étudiantes, et **61,68%** actives.

Sur le plan familial, **1,87%** étaient divorcées, **8,41%** pacsées, **13,09%** mariées, **35,51%** concubines et **41,12%** célibataires.

3.1.2 Données médicales des patientes

3.1.2.1 Antécédents obstétricaux

La gestité moyenne est de **2,31** (+/- **1,84**), la parité moyenne est de **0,79** (+/- **1,11**)

Vingt-sept femmes (**25,23%**) avaient déjà bénéficié d'une IVG.

Parmi elles **21** femmes avaient un antécédent d'IVG, **4** femmes en avaient 2, et **2** femmes en avaient 3.

Dans l'échantillon de patientes **12,15%** ont pour antécédent une FCS.

3.1.2.2 Méthode de l'IVG et terme de la grossesse actuelle

En moyenne le terme de la grossesse actuelle est de **62,23 jours soit 8 SA+ 6 jours** (+/- **12,34**). Dans **52,34%** des cas la méthode choisie était la méthode chirurgicale, dans **47,66%** des cas la méthode médicamenteuse.

3.1.3 Données sur le parcours des femmes

3.1.3.1 Accessibilité au centre de planification familiale

Sur 106 réponses, 101 (**95,29%**) n'ont pas présenté de difficultés à accéder au CPF alors que 5 signalaient avoir eu des difficultés.

3.1.3.2 Quantification et perception des délais

Sur 106 femmes qui ont répondu, le délai moyen entre le moment où les patientes ont appris qu'elles étaient enceintes et le moment où elles ont décidé d'interrompre leur grossesse était de **6,25 jours (+/-9,59)**. La médiane est **1 jour**, le premier quartile est **0 jour** et le troisième quartile est **7,75 jours**.

Quant à la question de la perception de ce délai sur 105 réponses, **17,14 %** ont trouvé ce délai très court, **13,33%** court, **60%** suffisant, **6,67%** long et **2,86%** très long.

Sur 76 femmes qui ont répondu, le délai moyen entre le moment où les patientes ont pris leur décision d'interrompre la grossesse actuelle et le moment de l'IVG (jour de l'hospitalisation) est de **14,32 jours (+/-7,36)**.

Quant à la question de la perception de ce délai sur 83 réponses, **4,82%** ont trouvé ce délai très court, **9,64%** court, **59,03%** suffisant, **14,46%** long, et **12,05%** très long.

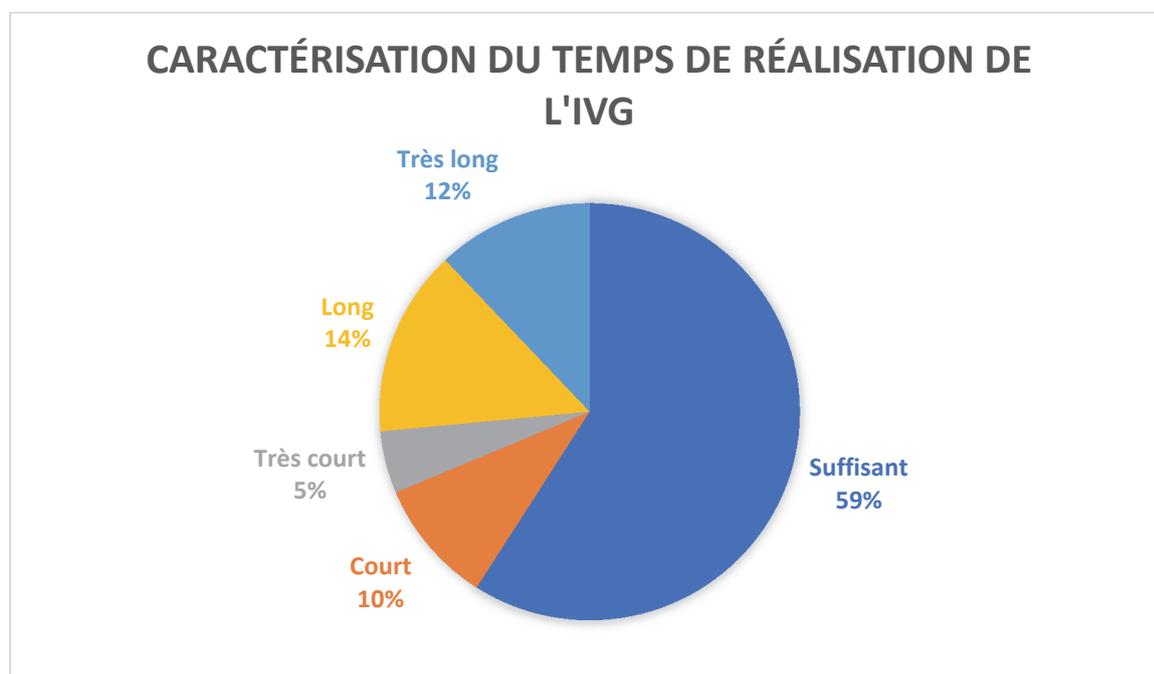


Fig .2. Caractérisation par les patientes du temps de réalisation de l'IVG. Cette figure représente la répartition des 83 réponses à la question de la perception du temps de réalisation de l'IVG.

3.1.3.3 Accompagnement à la prise de décision

68 femmes ont pris leur décision avec l'aide d'une tierce personne soit **64,15%**, **38 (35,85%)** ont pris seule leur décision et **une** n'avait pas répondu à cette question.

Parmi les 68 femmes qui ont pris leur décision avec l'aide d'une tierce personne, pour **66** d'entre elles la décision a été prise avec l'aide de leur compagnon, **1** avec l'aide d'un ami, **2** avec l'aide d'une personne de la famille, et **2** avec l'aide d'une personne autre (**1** personne a eu l'aide à la fois de son compagnon, d'un ou une amie et d'une autre personne).

3.1.3.4 Accompagnement le jour de l'hospitalisation

Le jour de l'hospitalisation, **18** patientes étaient seules, **23** étaient accompagnées d'un ou une amie, **17** d'une personne de la famille et **61** de leur compagnon (**10** patientes étaient accompagnées par plusieurs personnes).

3.1.4 Échelle de conflit décisionnel

Sur la période de recueil et sur l'échantillon d'analyse :

- Le score total de l'échelle de conflit décisionnel est en moyenne à **17,01/100 (+/- 16,13)**, le score minimum est à **0/100**, le score maximum est à **73,44/100**.
La médiane du score total est à **14,06/100**, le 1^{er} quartile est à **3,12/100** et le 3^{ième} quartile est à **26,56/100**.
- Le sous score « information » est en moyenne à **14,33/100 (+/- 16,62)** le score minimum est à **0/100**, le score maximum est à **91,67/100**.
La médiane est à **8,33/100**, le 1^{er} quartile est à **0/100** et le 3^{ième} quartile est à **25/100**.
- Le sous score « valeurs » est en moyenne à **17,6/100 (+/- 19,1)**, le score minimum est à **0/100**, le score maximum est à **75/100**.
La médiane est à **16,67/100**, le 1^{er} quartile est à **0/100** et le 3^{ième} quartile est à **25/100**.
- Le sous score « soutien » est en moyenne à **12,54/100 (+/- 16,12)**, le score minimum est à **0/100**, le score maximum est à **66,67/100**.
La médiane est à **8,33/100**, le 1^{er} quartile est à **0/100** et le 3^{ième} quartile est à **25/100**.
- Le sous score « incertitude » est en moyenne à **24,07/100 (+/- 23,99)**, le score minimum est à **0/100**, le score maximum est à **91,67/100**.
La médiane est à **16,67/100**, le 1^{er} quartile est à **0/100** et le 3^{ième} quartile est à **33,33/100**.
- Le sous score « maintien de la décision » est en moyenne à **16,65/100 (+/- 19,14)**, le score minimum est à **0/100**, le score maximum est à **81,25/100**.
La médiane est à **12,5/100**, le 1^{er} quartile est à **0/100** et le 3^{ième} quartile est à **25/100**.

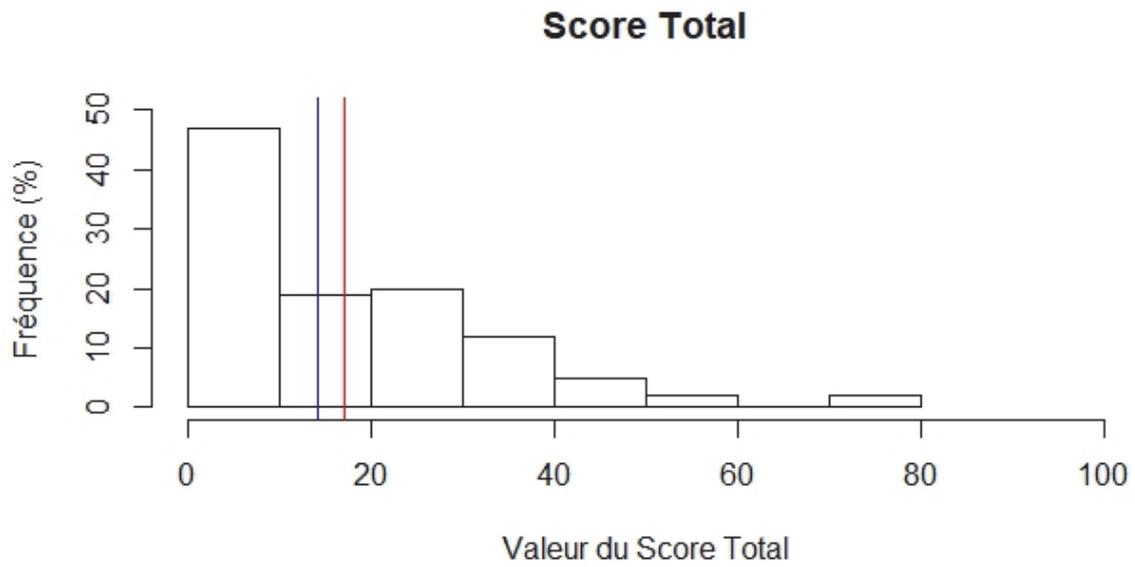


Fig.3. Score total de l'échelle de conflit décisionnel. Cette figure représente la répartition des patientes en pourcentage de notre échantillon selon la valeur en pourcentage qu'elles ont obtenu au score total à l'ECD. En rouge apparaît la moyenne ; en bleu apparaît la médiane.

3.1.5 Description des variables regroupées

Nous avons regroupé de manière arbitraire :

- Dans la catégorie formation :

Inférieur à bac+2 effectif **65** soit **60,75%**

Supérieur ou égal à bac+2 effectif **42** soit **39,25%**

- Dans la catégorie situation professionnelle :

Actives effectif **66** soit **61,68%**

Étudiantes et femmes au chômage effectif **32** soit **29,91%**

Femmes au foyer effectif **9** soit **8,41%**

- Dans la catégorie situation familiale :

En couple : concubinage, mariée et pacsée effectif **61** soit **57,01%**

Pas en couple : célibataire et divorcée effectif **46** soit **42,99%**

- Accompagnement le jour de l'hospitalisation pour l'IVG

Pas d'accompagnement le jour de l'IVG effectif **18** soit **16,82%**

Accompagnement le jour de l'IVG effectif **89** soit **83,18%**

- Perception du délai entre le diagnostic de grossesse et la décision de l'interrompre

Bonne perception suffisant effectif **63** soit **60%**

Mauvaise perception long et très long effectif **10** soit **9,52%**

Mauvaise perception court et très court effectif **32** soit **30,48%**

- Perception du délai entre la décision de l'interrompre et l'IVG

Bonne perception suffisant effectif **49** soit **59,03%**

Mauvaise perception long et très long effectif **22** soit **26,51%**

Mauvaise perception court et très court effectif **12** soit **14,46%**

- Aide à la prise de décision

Avec le compagnon effectif **66** soit **61,68%**

Sans le compagnon effectif **41** soit **38,32%**

3.2 Réalisation des deux groupes à comparer

Le critère de jugement principal étant « *la certitude décisionnelle* », nous avons défini deux groupes :

- Les patientes dites « *certaines* » qui ont obtenu un score à l'ECD inférieur ou égal à 25% composé de **73 femmes**.
- Les patientes qui ont « *un conflit décisionnel élevé* » avec un score à l'ECD supérieur ou égal à 37,5% composé de **11 femmes**.

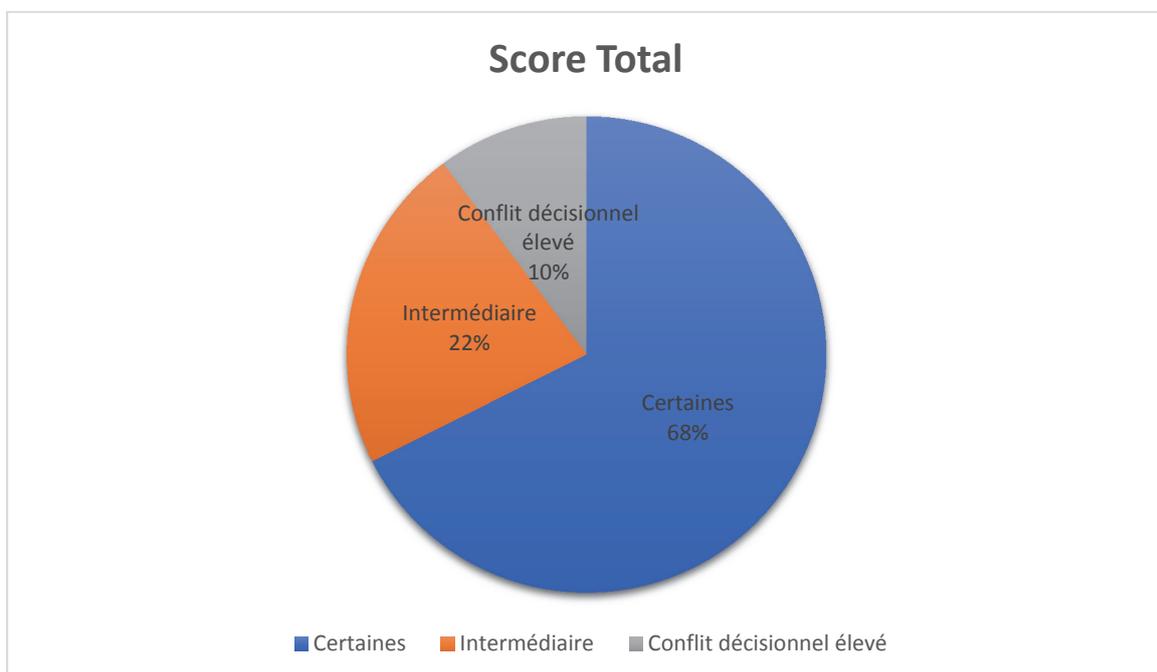


Fig.4. Répartition des patientes en trois groupes selon leur score obtenu à l'échelle de conflit décisionnel. Cette figure représente la répartition des patientes en pourcentage de notre échantillon total selon le score qu'elles ont obtenu à l'ECD. Les patientes sont représentées dans le groupe « *Certaines* » si elles ont obtenu un score inférieur ou égal à 25%, dans le groupe « *Conflit décisionnel élevé* » si le score est supérieur ou égal à 37,5%, et dans le groupe « *Intermédiaire* » si leur score est entre les deux bornes citées précédemment.

Puis dans un second temps, nous avons défini deux groupes de la même manière au sein des différents sous-scores :

- **Information** : les patientes dites « *certaines* » composé de **95 femmes** ; les patientes qui ont « *un conflit décisionnel élevé* » composé de **9 femmes**.
- **Valeurs** : les patientes dites « *certaines* » composé de **82 femmes** ; les patientes qui ont « *un conflit décisionnel élevé* » composé de **19 femmes**.
- **Soutien** : les patientes dites « *certaines* » composé de **94 femmes** ; les patientes qui ont « *un conflit décisionnel élevé* » composé de **8 femmes**.
- **Incertitude** : les patientes dites « *certaines* » composé de **68 femmes** ; les patientes qui ont « *un conflit décisionnel élevé* » composé de **26 femmes**.
- **Maintien de la décision** : les patientes dites « *certaines* » composé de **83 femmes** ; les patientes qui ont « *un conflit décisionnel élevé* » composé de **18 femmes**.

L'analyse statistique avait pour but de comparer les caractéristiques des deux groupes afin de déterminer d'éventuels facteurs prédisposant à une incertitude décisionnelle élevée.

3.3 Statistiques comparatives du Score total à l'ECD

3.3.1 Résultats des données socio démographiques

Tableau I : Données socio démographiques.

	Groupe		p
	Certaines N=73	Conflit décisionnel élevé N=11	
Age moyen(+/- écart type)	28,07(7,24)	30,18(8,42)	0,511
Formation professionnelle	N(%)	N(%)	0,372
CAP/BEP/BREVET	23(31,51)	1(9,09)	
BAC/BP/BT	22(30,14)	3(27,27)	
BAC +2	10(13,70)	3(27,27)	
BAC +3/4	11(15,07)	3(27,27)	
BAC +5 et plus	7(9,59)	1(9,09)	
Situation professionnelle			0,805
Active	41(56,16)	8(72,73)	
Chômage	12(16,44)	1(9,09)	
Étudiante	12(16,44)	2(18,18)	
Femme au foyer	8(10,96)	0	
Situation familiale			0,086
Célibataire	30(41,10)	2(18,18)	
Divorcée	1(1,37)	0	
Concubine	29(39,73)	4(36,36)	
Mariée	10(13,70)	2(18,18)	
Pacsée	3(4,11)	3(27,27)	

3.3.2 Résultats des données médicales

Tableau II : Données médicales

	Groupe		p
	Certaines N=73	Conflit décisionnel élevé N=11	
Terme le jour de l'IVG moyen(+/- écart type)	62,59(12,59)	65,91(12,96)	0,403
Gestité moyenne(+/- écart type)	2,32(2,04)	2,64(1,63)	0,387
Parité moyenne(+/- écart type)	0,78(1,15)	1,09(1,3)	0,479
Nombre d'IVG moyen(+/- écart type)	0,33(0,62)	0,55(1,04)	0,750
Méthode de l'IVG	N(%)	N(%)	1,000
Médicamenteuse	33(45,21)	5(45,45)	
Chirurgicale	40(54,79)	6(54,55)	
Antécédent de FCS			0,587
Oui	7(9,59)	0	
Non	66(90,41)	11(100)	
Antécédent d'IVG			1,000
Oui	19(26,03)	3(27,27)	
Non	54(73,97)	8(72,73)	

3.3.3 Résultats des données concernant le parcours des femmes

Tableau III : Données sur le parcours des femmes.

	Groupe		P
	Certaines N(%)	Conflit décisionnel élevé N(%)	
Difficulté d'accès au CPEF	N=73	N=11	1,000
Oui	3(4,11)	0	
Non	70(95,89)	11(100)	
Perception du délai de prise de décision	N=72	N=11	0,115
Très court	11(15,28)	3(27,27)	
Court	7(9,72)	3(27,27)	
Suffisant	49(68,06)	4(36,36)	
Long	3(4,17)	1(9,09)	
Très long	2(2,78)	0	
Perception de la durée de réalisation de l'IVG	N=57	N=8	0,131
Très court	3(5,26)	1(12,50)	
Court	6(10,53)	1(12,50)	
Suffisant	34(59,26)	3(37,50)	
Long	6(10,53)	3(37,50)	
Très long	8(14,04)	0	
Durée de réalisation de l'IVG	N=52	N=7	0,021
Moyenne(+/- écart type)	13,67(7,74)	20,86(6,79)	
Durée de prise de décision	N=73	N=11	0,0085
Moyenne(+/- écart type)	4,67(9,01)	14,36(13,06)	

En rouge, apparaissent les résultats ayant un degré de significativité inférieur à 5%.

3.3.4 Résultats des données sur le parcours des femmes

Tableau IV: Données sur le parcours des femmes.

	Groupe		P
	Certaines N(%)	Conflit décisionnel élevé N(%)	
Accompagnement lors de l'IVG par le compagnon	N=73	N=11	0,548
Oui	44(60,27)	5(45,45)	
Non	29(39,73)	6(54,55)	
Accompagnement lors de l'IVG par un membre de la famille			0,188
Oui	9(12,33)	3(27,27)	
Non	64(87,67)	8(72,73)	
Accompagnement lors de l'IVG par un ou une amie			0,448
Oui	16(21,92)	1(9,09)	
Non	57(78,08)	10(90,91)	
Prise de décision seule			0,646
Oui	29(39,73)	3(27,27)	
Non	44(60,27)	8(72,73)	
Aide à la décision compagnon	N=44	N=8	***
Oui	44(100)	8(100)	
Non	0	0	
Aide à la décision ami			1,000
Oui	1(2,27)	0	
Non	43(97,73)	8(100)	
Aide à la décision famille			0,154
Oui	44(100)	7(87,50)	
Non	0	1(12,50)	
Aide à la décision autre			1,000
Oui	1(2,27)	0	
Non	43(97,73)	8(100)	

*** Les conditions d'applications ne sont pas réunies pour la réalisation des tests.

3.3.5 Résultats des données concernant les variables regroupées

Tableau IV : Données sur les variables regroupées.

	Groupe		P
	Certaines N(%)	Conflit décisionnel élevé N(%)	
Formation	N=73	N=11	0,209
Inférieur à BAC+2	45(61,64)	4(36,36)	
Supérieur ou égal BAC+2	28(38,36)	7(63,64)	
Situation professionnelle			0,705
Active	41(56,16)	8(72,73)	
Étudiante/Chômage	24(32,88)	3(27,27)	
Femme au foyer	8(10,96)	0	
Situation familiale			0,228
Célibataire/Divorcée	31(42,47)	2(18,18)	
Mariée/Pacsée/Concubinage	42(57,53)	9(81,82)	
Seule le jour de L'IVG			0,405
Oui	12(16,44)	3(27,27)	
Non	61(83,56)	18(72,73)	
Aide à la décision compagnon			0,646
Oui	44(60,27)	8(72,73)	
Non	29(39,73)	3(27,27)	
Perception de la durée de prise de décision	N=72	N=11	0,085
Court/Très court	18(25)	6(54,55)	
Suffisant	49(68,06)	4(36,36)	
Long/Très long	5(6,94)	1(9,09)	
Perception de la durée de réalisation de l'IVG	N=57	N=8	0,111
Court/Très court	9(15,79)	2(25)	
Suffisant	34(59,65)	3(37,50)	
Long/Très long	14(24,56)	3(37,50)	

3.3.6 Facteurs non corrélés à l'ECD

Les deux groupes sont comparables pour ce qui concerne le **terme de l'IVG** ($p=0,403$), la **gestité** ($p=0,387$), la **méthode de l'IVG actuelle** ($p=1,000$), ou l'**antécédent d'IVG** ($p=1,000$).

L'**âge** moyen qui est légèrement plus élevé (30,18 contre 28,07 années) dans le groupe « conflit décisionnel élevé », n'est pas statistiquement corrélé avec le score de l'échelle de conflit décisionnel ($p= 0,511$).

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes quant à la **parité** ($p=0,479$), alors que dans le groupe « conflit décisionnel élevé » on constate une moyenne légèrement plus importante de 1,09 contre 0,78.

Le **nombre d'IVG antérieur** 1,6 fois plus élevé dans le groupe « conflit décisionnel élevé », n'est pas significatif ($p=0,750$).

Malgré une part plus importante d'**antécédent de FCS** 9,59% dans le groupe des patientes « certaines » contre 0% dans le groupe « conflit décisionnel élevé » il n'y a pas de lien statistique significatif ($p=0,587$).

S'agissant de la **situation familiale (variable regroupée)**, la proportion de femme en couple (Concubinage/Mariée/Pacsée) est plus importante dans le groupe « conflit décisionnel élevé » 81,82%, que dans le groupe « certaines » 57,53% , néanmoins sans que cela soit significatif ($p= 0,228$).

Dans le groupe des femmes « conflit décisionnel élevé », on observe une part plus importante de **formation (variable regroupée) supérieure ou égale au niveau BAC+2** (63,64%) ; à l'inverse dans le groupe « certaines » on constate une part plus importante de **formation inférieure au niveau BAC+2** (61,64%). Sans que cela soit prédictif d'un score élevé ou bas à l'ECD ($p=0,209$).

La **situation professionnelle (variable regroupée)** est indépendante du niveau d'incertitude décisionnelle des femmes, on note toutefois 10,96% de femmes au foyer chez les patientes « certaines » versus 0% chez les patientes « conflit décisionnel élevé ».

Parmi les patientes qui ont rencontré des **difficultés à accéder au CPEF**, 60% d'entre elles font partie du groupe « certaines », 0% dans le groupe « conflit décisionnel élevé » et 40% dans le groupe intermédiaire, sans que cela apparaisse significatif ($p=1,000$).

Concernant **la perception de la durée de prise de décision** la grande majorité soit 68,06% des patientes « certaines » considèrent que ce délai est suffisant, alors que chez les patientes avec un « conflit décisionnel élevé » la majorité 54,55% perçoit ce délai comme court ou trop court. Cependant il n'existe pas de différence significative entre ces deux groupes.

A propos de **la perception du délai de réalisation de l'IVG**, la majorité, soit 55,65% des patientes « certaines » définit ce délai comme suffisant.

Chez les patientes avec un « conflit décisionnel élevé » seulement 37,5% d'entre elles définissent ce délai comme suffisant, sans que cela apparaisse comme un facteur prédictif du résultat à l'ECD.

On constate une proportion plus importante de patientes qui ont pris leur **décision seule** dans le groupe « certaines » 39,73%, que dans le groupe « conflit décisionnel élevé » 27,27%, sans que cela soit significatif ($p=0,646$).

Pour finir, le fait d'être **accompagnée le jour de l'IVG** est indépendant du score total à l'ECD ($p=0,405$).

3.3.7 Facteurs corrélés à l'ECD

On constate une durée plus courte de prise de décision dans le groupe des patientes « certaines » que dans le groupe des patientes « conflit décisionnel élevé ».

En effet la variable **délai de prise de décision IVG** est en moyenne à 4,67 jours +/- 9,01 (Médiane 1 [0 ;3]) dans le premier groupe contre 14,36 jours +/- 13,06 dans le second (Médiane 8 [4 ;30]) ; soit 2,79 fois plus long.

Avec un degré de significativité de 0,0085, la durée de prise de décision apparaît donc comme un facteur associé significativement à l'incertitude décisionnelle. Plus le temps de prise de décision est long plus le niveau d'incertitude décisionnelle semble élevé.

On note également une durée plus courte de réalisation de l'IVG dans le groupe des patientes « certaines ». La variable **délai de réalisation de l'IVG** est en moyenne à 13,67 jours +/- 7,74 dans le groupe « certaines » versus 20,86 jours +/- 6,79 dans le groupe « conflit décisionnel élevé » ; soit 1,52 fois plus long.

Avec un degré de significativité de 0,021, la durée de réalisation de l'IVG apparaît donc comme un facteur associé significativement à l'incertitude décisionnelle. Plus le temps de réalisation de l'IVG est long plus le niveau d'incertitude décisionnelle semble élevé.

3.4 Statistiques comparatives des Sous Scores

Les résultats de l'analyse statistique comparative des Sous Scores se trouvent en Annexe 4.

4 Discussion

4.1 Choix du sujet et critique de la méthode

4.1.1 L'intérêt du sujet

L'IVG est un acte courant de la vie des femmes. Dans le contexte récent de modification de la loi concernant la suppression du délai de réflexion légal de 7 jours, il nous a semblé pertinent de nous intéresser au parcours décisionnel des patientes se présentant pour une IVG.

Notre objectif était d'évaluer la certitude décisionnelle des patientes et les besoins en matière d'accompagnement à la décision des patientes se présentant pour un avortement.

Identifier des facteurs contribuant à l'incertitude décisionnelle aurait pu permettre d'isoler les patientes à « risque » afin de les aider sur les éléments modifiables comme l'information, le soutien, ou de mettre en place un outil d'aide à la décision et leur laisser un délai de réflexion supplémentaire.

4.1.2 Les points forts de l'étude

La littérature est très pauvre sur ce sujet. De ce fait notre étude apparaît comme étant originale et unique en France.

4.1.3 Les points faibles de l'étude

Notre échantillon comporte 108 questionnaires ce qui peut paraître faible et le recueil s'est déroulé sur 4 mois ce qui peut paraître court.

Notre questionnaire étant facultatif, nous ignorons combien de patientes étaient éligibles par rapport aux patientes qui ont accepté de participer à l'étude.

Nous ignorons le nombre de patientes qui ont annulé leur IVG, cependant au regard des chiffres de l'année 2017 cela apparaît négligeable.

Nous comptabilisons beaucoup de non réponses pour les questions concernant le délai de réalisation de l'IVG et son ressenti. En effet ces données ne pouvaient être complétées qu'une fois la date de l'IVG programmée. Or la consultation avec le médecin étant très dense en information, nous supposons que les patientes ont omis de finir de compléter le questionnaire.

Dans le questionnaire, le choix du terme « célibataire » n'était pas le plus judicieux pour définir la situation familiale. Beaucoup de femmes en couple ont répondu célibataire. La proposition « en couple » ou « pas en couple » aurait été plus adaptée.

4.1.4 Les biais

Biais de sélection :

- Étude mono-centrique : elle a été réalisée dans le centre de planification familiale du centre hospitalier de la côte basque.
- Auto-sélection des patientes : le questionnaire était facultatif et seules les patientes qui souhaitent le remplir ont été recrutées. On pourrait supposer que les femmes pour lesquelles la décision était plus compliquée, ont été moins nombreuses à répondre.

Biais d'information :

- Biais de mémorisation de certaines données déclaratives qui peuvent être imprécises et impossible à vérifier.
- Pour limiter le biais d'information, nous avons tenté d'uniformiser la distribution du questionnaire. Celui-ci était toujours proposé par la secrétaire de CPEF au moment où la patiente se présentait pour sa consultation avec le médecin du CPEF.

4.2 Comparaison de la cohorte aux données de la littérature

4.2.1 *Évaluation de la certitude décisionnelle des patientes*

Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer la certitude décisionnelle des patientes qui se présentaient au centre de planification de la Côte Basque afin de bénéficier d'une IVG. Secondairement, il s'agissait de mettre éventuellement en évidence des facteurs prédictifs d'incertitude décisionnelle.

Dans notre échantillon nous avons mis en évidence en moyenne un niveau de conflit décisionnel bas, à 17/100.

Ce résultat concorde ceux d'une précédente étude réalisée aux États-Unis (29) auprès de 500 femmes dont le score moyen obtenu au DCS était de 15,5/100.

Dans une étude qualitative (30) qui explorait les expériences d'IVG de femmes dans trois arrondissements de Londres en interviewant 21 femmes dans les 3 à 9 semaines après leur IVG, la majorité d'entre elles avaient décidé de leur IVG avant même de contacter les services de soins. Elles recherchaient une orientation rapide et les délais inutiles semblaient traumatiques. Selon une autre étude (31) concernant 5 109 femmes d'une clinique américaine qui cherchait à analyser les facteurs associés à une certitude décisionnelle élevée, pour 87% des IVG, les femmes avaient une grande confiance dans leur choix d'interrompre la grossesse.

Cela va également dans le sens d'une étude longitudinale californienne (32); 78% des 87 femmes interrogées se disaient sûres de leur choix concernant le devenir d'une éventuelle grossesse avant même de connaître la confirmation de celle-ci.

D'après des auteurs suédois (33) parmi 57 patientes interrogées toutes les femmes sauf deux disaient avoir décidé d'interrompre leur grossesse avant de rencontrer le médecin, et 28% disaient avoir décidé de faire une IVG avant cette grossesse si un jour elles se retrouvaient enceintes.

Selon une étude norvégienne (34) de 2004 incluant 80 femmes et basée sur une évaluation par questionnaires, un faible pourcentage de femmes (6%) seraient indécises avant l'IVG.

Le niveau d'incertitude décisionnel semble comparable entre la décision d'interrompre une grossesse et d'autres décisions en matière de santé comme la mastectomie après un diagnostic de cancer du sein (DCS 17,4/100) (35), la réalisation d'un test prénatal après une infertilité (DCS 22,1) (36), ou encore la prise d'antidépresseur durant la grossesse (DCS 26,2) (37).

La décision d'interrompre une grossesse n'en demeure pas moins une décision difficile et complexe : dans notre étude à la question « *Est-ce une décision facile ?* » le score moyen est de 2,6 sur 5 sur l'échelle de Likert.

Dans une étude portugaise (38) concernant 150 femmes dans une maternité de Lisbonne le niveau de conflit interne est bas, alors que les patientes ont trouvé cette décision difficile et émotionnellement éprouvante.

Les femmes expriment aussi le souhait d'une orientation rapide pour l'acte ainsi qu'une réalisation rapide de l'IVG (39), et de ne pas s'éterniser dans cette période difficile psychologiquement (40).

4.2.2 *Facteurs prédictifs d'incertitude décisionnelle*

En ce qui concerne les facteurs prédictifs d'incertitude décisionnelle :

Nous avons mis en évidence un lien statistiquement significatif entre la durée de prise de décision et le niveau d'ECD, ainsi que la durée de réalisation de l'IVG. Dans l'étude portugaise déjà citée (38), les femmes avec une courte durée de grossesse ont moins de conflit dans la prise de décision.

Selon une étude réalisée à San Francisco (41) entre 2001 et 2002 sur 398 femmes, le facteur qui augmenterait le délai entre le test de grossesse et l'appel à la clinique est la difficulté à prendre la décision. Quant au délai entre l'appel à la clinique et la réalisation de l'IVG, c'est également la difficulté à prendre la décision, auquel s'ajoute un partenaire non soutenant.

Nous aurions pu penser que les perceptions des femmes de leur soutien social ou du niveau relationnel avec le partenaire influenceraient le niveau d'incertitude décisionnel ou le délai de réflexion. En effet dans une étude américaine (42) réalisée sur 373 femmes entre août 2007 et août 2008 les femmes qui avortent tôt signalent une décision conjointe et une relation de support perçue avec le partenaire comme positive. En revanche, les interactions perçues avec le partenaire de façon négative sont associées à des interruptions plus tardives supérieures à 9SA. Dans notre étude nous n'avons pas évalué la perception des femmes de leur soutien social, mais nous avons évalué leur situation familiale, et si elles avaient pris leur décision seules ou pas.

A contrario dans notre étude, la proportion de femmes qui ont pris leur décision avec l'aide de leur compagnon est plus importante parmi le groupe « conflit décisionnel élevé ». Ceci va dans le sens d'une étude (43) réalisée au Canada en 2013 montrant que la moitié des femmes ont décidé de réaliser une IVG avant même d'aviser leur partenaire ; que toutes les femmes indécises au moment de la divulgation ont cherché à obtenir l'avis de leur partenaire. Il en ressort que le partenaire joue un rôle dans le processus décisionnel dans le cas où la femme est indécise, qu'une relation positive est protectrice sur le plan émotionnel et de la santé car elle favorise un avortement plus précoce.

Dans l'étude américaine (31) il apparaît que les variables négativement associées à une certitude décisionnelle sont, entre autre, l'âge inférieur à 20 ans et le manque de diplôme d'étude secondaire. En revanche avoir une mère ou un partenaire de soutien semblait associé à une certitude décisionnelle plus élevée.

Nous n'avons pas mis en évidence dans notre échantillon de lien statistique entre le score de conflit décisionnel et l'âge de la patiente.

Quant au niveau d'étude, l'absence de diplôme d'étude secondaire serait plutôt associée positivement au niveau de certitude décisionnelle.

Nous aurions pu penser que les IVG tardives qui sont plus à risque médicalement et psychologiquement, étaient liées à une incertitude décisionnelle. Une étude grenobloise (44) de 2015 concernant 199 femmes demandeuses d'IVG dont la grossesse se situe entre 12 SA et 14 SA, énonce plusieurs motifs évoqués par les femmes pour expliquer leur demande tardive, notamment une réflexion prolongée (35,47%).

4.3 Perspectives de recherche

Notre étude pourrait être réalisée sur un échantillon de patientes plus important et multicentrique.

Éventuellement être réalisée sous forme d'une étude qualitative avec des entretiens auprès des patientes.

5 Conclusion

Dans notre étude, nous avons évalué la certitude décisionnelle des patientes se présentant au CPEF du CH de la Côte Basque pour la réalisation d'une IVG à l'aide de l'échelle de conflit décisionnel.

Il en ressort, que la décision d'interrompre une grossesse semble être une décision médicale comme une autre, dans le sens où le niveau de conflit décisionnel est bas, évalué en moyenne à 17/100.

Une grande majorité des patientes (68%) a un niveau de conflit décisionnel bas (score inférieur ou égal à 25%) ; et seulement 10% ont un niveau de conflit décisionnel significatif (score supérieur ou égal à 37,5%).

Un score significatif est associé à un délai prolongé de réflexion (2,79 fois plus long) et de réalisation (1,52 fois plus long) de l'IVG.

Les patientes, en grande majorité, semblent donc suffisamment sûres de leur choix et n'ont pas besoin d'un temps de réflexion additionnel qui pourrait être mal vécu. On notera dans ce sens que 26,51 % de notre échantillon considère que le temps de réalisation de l'IVG est « long » ou « très long ».

Contrairement à d'autres décisions en matière de soins de santé, la loi renforce le cadre de la prise de décision. Ceci impliquerait que les femmes éprouveraient plus de conflits à propos de l'avortement que pour d'autres décisions médicales et qu'elles auraient besoin de plus de temps ou d'informations supplémentaires par rapport au consentement et aux conseils donnés dans ce cadre. La modification de loi récente qui a entraîné la suppression du délai de réflexion obligatoire de 7 jours nous apparaît être une bonne mesure ; redonnant l'autonomie à la patiente dans son parcours décisionnel et sa prise de décision.

Interrompre une grossesse n'en demeure pas moins une décision complexe et difficile pour les femmes comme en témoigne la moyenne élevée (2,6/5) à la question « *est-ce une décision facile ?* ».

Il y a une absence de données scientifiques sur un délai minimal de réflexion qui serait recommandable. En revanche il est recommandé de proposer systématiquement à la femme la possibilité de s'autoriser « son » temps de réflexion nécessaire ainsi que d'autres consultations durant le temps d'attente avant la réalisation de l'IVG.

L'échelle de conflit décisionnel pourrait être utilisée pour identifier la minorité de patientes ayant un conflit décisionnel significatif, qui ont besoin d'un temps de réflexion additionnel, d'un soutien psychologique ou d'informations supplémentaires. Et ainsi être un support pour les soignants dans leurs efforts pour fournir des soins centrés sur la patiente.

L'analyse du recours à l'IVG est un sujet de société inépuisable ; d'autant que les enjeux sociaux autour de la pratique de l'avortement ne cessent de se redéfinir comme en atteste les réflexions actuelles sur la procréation médicalement assistée et le statut de l'embryon qui relancent le débat sur les « droit des femmes » à disposer librement du choix de poursuivre ou d'interrompre une grossesse.

6 Bibliographie

1. Attali L, Bettahar K, Faucher P, Fournet P, Hassoun D, Jamin C, et al. Recommandations pour la pratique clinique, l'interruption volontaire de grossesse. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. 2016.
2. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? *Populations et sociétés*. 2004;407.
3. Vilain A, Rey S. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. *Études et Résultats DRESS*. 2018;1081.
4. Vilain A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. *Études et Résultats DRESS*. 2017;1013.
5. HAS. Interruption médicamenteuse de grossesse: les protocoles à respecter. 2015.
6. O'Connor AM, Drake ER, Wells GA, Tugwell P, Laupacis A, Elmslie T. A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. *Health Expect*. 2003;6:97-109.
7. Légaré F, O'Connor AM, Graham ID, Wells GA, Jacobsen MJ, Elmslie T, Drake ER. The effect of decision aids on the agreement between women's and physician's decisional conflict about hormone replacement therapy. *Patient Educ Couns*. 2003;50(2):211-21.
8. O'Connor AM, Jacobsen M. Conflit décisionnel: évaluation et aide apportée aux clients confrontés à des décisions concernant leur santé. [Internet]. 2000 [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: https://decisionaid.ohri.ca/francais/docs/conflit_decisionnel.pdf
9. O'Connor AM. Validation of a decisional conflict scale. *Med Decis Making*. 1995;15:25-30.
10. O'Connor AM, Tugwell P, Wells GA, Elmslie T, Hollingworth G, McPherson R, et al. A decision aid for women considering hormone therapy after menopause: decision support framework and evaluation. *Patient Educ Couns*. 1998;33(3):267-79.
11. O'Connor AM, Drake ER, Wells GA, Tugwell P, Laupacis A, Elmslie T. A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. *Health Expect*. 2003;6(2):97-109.
12. O'Connor AM, Perrault DJ. Importance of physician's role highlighted in survey of women's breast screening practices. *Can J Public Health*. 1995;86(1):42-5.
13. Patient decision Aids [Internet]. Ottawa Hospital Research Institute. 2013 [cité 2 avr 2018]. Disponible sur: <https://decisionaid.ohri.ca>

14. O'Connor AM, Jacobsen MJ. Conflit décisionnel: évaluation et aide apporté aux clients confrontés à des décisions concernant leur santé. [Internet]. 2000 [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: https://decisionaid.ohri.ca/francais/docs/conflit_decisionnel.pdf
15. O'Connor AM. User Manuel- Decisional conflict scale. [Internet]. 2010 [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_Manuals/UM_Decisional_Conflict.pdf
16. Légaré F, Kearing S, Clay K, Gagnon S, D'Amours D, Rousseau M, O'Connor AM. Are you SURE?: Assessing patient decisional conflict with a 4-item screening test. *Can Fam Physician*. 2010;56(8):308-14.
17. Patel SR, Wisner KL. Decision making for depression treatment during pregnancy and the postpartum period. *Depress Anxiety*. 2011;28(7):589-95.
18. Baldé A, Légaré F, Labrecque M. Assessment of needs of men for decision support on male sterilization. *Patient Educ Couns*. 2006;63(3):301-7.
19. Thompson-Leduc P, Turcotte S, Labrecque M, Légaré F. Prevalence of Clinically significant decisional conflict: an analysis of five studies on decision-making in primary care. *BMJ Open*. 2016;6.
20. Bunn H, O'Connor AM. Validation of client decision-making instruments in the context of psychiatry. *Can J Nurs Res*. 1996;28(3):13-27.
21. Clark NM, Gong ZM, Wang SJ, Lin X, Bria WF, Johnson TR. A randomized trial of a self-regulation intervention for women with asthma. *Chest*. 2007;132(1):88-97.
22. Engler-Todd L, Drake E, O'Connor A, Hunter A. Evaluation of a decision aid for prenatal testing for women of advanced maternal age. NSGC Annual Education Conference. Baltimore, MD. *Journal of Genetic Counseling*. 1997.
23. Bekker HL, Légaré F, Stacey D, O'Connor AM, Lemyre L. Is anxiety a suitable measure of decision aid effectiveness: a systematic review? *Patient Educ Couns*. 2003;50(3):255-62.
24. Entwistle VA, Sowden A, Watt IS. Evaluating interventions to promote patient involvement in decision-making: by what criteria should effectiveness be judged? *J Health Serv Res Policy*. 1998;3(2):100-7.
25. Fiset V. Evaluating the effectiveness of a decision aid for patients considering treatment options for stage-4 non small cell lung cancer. University of Ottawa, Canada. 1998.
26. Bajos N, Ferrand M. L'avortement ici et ailleurs. *Sociétés contemporaines*. 2006;61:5-18.

27. Bajos N, Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines*. 2006;61:91-117.
29. Ralph LJ, Foster DG, Kimport K, Turok D, Roberts SCM. Measuring decisional certainty among women seeking abortion. *Contraception*. 2017;95(3):269-78.
30. Kumar U, Baraitser P, Morton S, Massil H. Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2004;30(1):51-4.
31. Foster D, Gould H, Taylor J, Weitz T. Attitudes and decision making among women seeking abortions at one U.S clinic. *Perspect Sex Reprod Health*. 2012;44(2):117-24.
32. Cohan CL, Dunkel-schetter C, Lydon J. Pregnancy decision making: predictors of early stress and adjustment. *Psychol Women Q*. 1993;17(2):223-39.
33. Kero A, Lalos A. Ambivalence a logical response to legal abortion : a prospective study among women and men. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000;21(2):81-91.
34. Broen N, Moum T, Sejersted Bodtker A, Ekeberg O. Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two years follow-up study. *Gen Hosp Psychiat*. 2005;27(1):36-43.
35. King L, O'Neill SC, Spellman E, Peshkin BN, Valdimarsdottir H, Willey S, et al. Intentions for bilateral mastectomy among newly diagnosed breast cancer patients. *J Surg Oncol*. 2013; 107(7):772-6.
36. Caleshu C, Shiloh S, Price C, Sapp J, Biesecker B. Invasive prenatal testing decisions in pregnancy after infertility. *Prenatal Diag*. 2010;30:575-81.
37. Walton G, Ross L, Stewart D, Grigoriadis S, Dennis C, Vigod S. Decisional conflict among women considering antidepressant medication use in pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17:493-501.
38. Sereno S, Leal I, Maroco J. The Role of Psychological Adjustment in the Decision-making Process for Voluntary Termination of Pregnancy. *J Reprod Infertil*. 2013;14(3):143-51.
39. Royal College Of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline. 2011;7.
40. Martin S. Etude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire. Th. d'exercice, Paris: Université Paris Descartes; 2014.
41. Foster DG, Jackson RA, Cosby K, Weitz TA, Darney PD, Drey EA. Predictors of

delay in each step leading to an abortion. *Contraception*. 2008;77(4):289-93.

42. Kapadia F, Finer LB, Klukas E. Associations between perceived partner support and relationship dynamics with timing of pregnancy termination. *Womens Health Issues*. 2011;21(3 Suppl):S8-13.

43. Costescu DJ, Lamont JA. Understanding the pregnancy decision-making process among couples seeking induced abortion. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013;35(10):899-904.

44. Vendittelli F, Pereira B, Paccoud G, Lachcar P, Bernard P, Pons JC. Motifs exprimés par les femmes pour demander une interruption volontaire de grossesse entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée. *La revue Sage-femme*. 2015;14(4):142-50.

7 Annexes

7.1 Annexe 1 : Questionnaire pré-test

A remplir par le professionnel de santé :

- Terme:....SA
- Gestité : (Nombre de grossesse)
- Parité : (Nombre d'enfant)
- Nombre d'IVG antérieur :
- Nombre de FCS :
- Méthode de réalisation de l'IVG actuelle : Médicamenteuse Chirurgicale

1. Caractéristiques de la patiente

- Age : ...
- Niveau d'étude : Brevet Bac Licence Doctorat
- Situation familiale : Célibataire Concubinage Marié/Pacsé Divorcé
- Qui est à vos côtés pendant l'avortement ? Votre compagnon Quelqu'un de votre famille Un ou une amie proche Personne

2. Les différentes étapes menant jusqu'à l'interruption volontaire de grossesse et leur vécu : *Préciser en nombres de jours les différents délais et cocher la réponse qui correspond à votre perception de ces délais ?*

a) Délai entre le moment où vous avez appris votre grossesse et le moment où vous avez décidé de l'interrompre :

- Nombre de jours : ...
- Perception de ce délai : Très court Court Suffisant Long Très long

b) Délai entre le moment où vous avez appris votre grossesse et le premier contact avec le professionnel de santé :

- Nombre de jours : ...
- Perception de ce délai : Très court Court Suffisant Long Très long

c) Délai entre le premier contact et le premier rendez-vous avec le professionnel de santé :

- Nombre de jours : ...
- Perception de ce délai : Très court Court Suffisant Long Très long

d) Délai entre le premier rendez-vous et la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse :

- Nombre de jours : ...
- Perception de ce délai : Très court Court Suffisant Long Très long

e) Délai entre le moment où vous avez décidé d'interrompre votre grossesse et la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse :

- Nombre de jours : ...
- Perception de ce délai : Très court Court Suffisant Long Très long

3. La décision :

- Avez-vous pris seule la décision: oui non

- Si non, quelle(s) personne(s) a(ont) pris part à cette décision :
- Votre compagnon ou mari Une amie / un ami Une personne de la famille Autre :

3. L'échelle de conflit décisionnel :

En pensant à la décision que vous avez prise d'interrompre votre grossesse, veuillez nous indiquer dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord avec ces énoncés en entourant la case qui décrit le mieux comment vous vous sentez à propos de cette décision.

1	Je connais les options qui s'offrent à moi.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
2	Je connais les bénéfices de chaque option.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
3	Je connais les inconvénients de chaque option.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
4	Je suis certaine des bénéfices qui importent le plus pour moi.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
5	Je suis certaine des inconvénients qui importent le plus pour moi.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
6	Je suis certaine de ce qui est le plus important pour moi (les bénéfices ou les inconvénients).	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
7	J'ai suffisamment de soutien des autres pour faire un choix.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
8	Je fais mon choix sans pression des autres.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
9	J'ai suffisamment de conseils pour faire un choix.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
10	Je suis certaine du meilleur choix pour moi.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
11	Je suis certaine du choix à faire.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
12	Il m'est facile de prendre cette décision.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
13	J'ai le sentiment que j'ai fait un choix éclairé.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
14	Ma décision met en évidence ce qui est important pour moi.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
15	Je compte maintenir ma décision.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
16	Je suis satisfaite de ma décision.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord

7.2 Annexe 2 : Version finale du questionnaire

A remplir par le professionnel de santé :

- Terme:....SA
- Gestité : (Nombre de grossesse)
- Parité : (Nombre d'enfant)
- Nombre d'IVG antérieur :
- Nombre de FCS :
- Méthode de réalisation de l'IVG actuelle : Médicamenteuse Chirurgicale

1. VOS CARACTÉRISTIQUES :

- Âge : ans
- Formation : CAP/BEP/Brevet Bac/BP/BT Bac+2 Bac+3/+4 Bac+5 et plus
- Situation professionnelle: Étudiante Femme au foyer Chômage Active
- Situation familiale : Célibataire Concubinage Mariée Pacsée Divorcée
- Qui est à vos côtés pendant l'avortement ?
 Votre compagnon Quelqu'un de votre famille Un ou une amie proche Personne

2. VOTRE PARCOURS :

a) Combien de jours se sont écoulés entre le moment où vous avez appris votre grossesse et le moment où vous avez décidé de l'interrompre?:

- Nombre de jours : jours.
- Avez-vous trouvée ce délai? : Très court Court Suffisant Long Très long

b) Avez-vous rencontré des difficultés pour accéder au centre de planification? Oui Non

c) Combien de jours se sont écoulés entre le moment où vous avez décidé d'interrompre votre grossesse et la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse?:

- Nombre de jours : ...
- Avez-vous trouvée ce délai? : Très court Court Suffisant Long Très long

d) Avez-vous pris seule la décision : Oui Non

- Si non, quelle(s) personne(s) a(ont) pris part à cette décision :
 Votre compagnon ou mari Une amie / un ami Une personne de la famille Autre :

3. L'échelle de conflit décisionnel :

En pensant à la décision que vous avez prise d'interrompre votre grossesse, veuillez nous indiquer dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord avec ces énoncés en entourant la case qui décrit le mieux comment vous vous sentez à propos de cette décision.

1	Je connais les options qui s'offrent à moi.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
2	Je connais les bénéfices de chaque option.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
3	Je connais les inconvénients de chaque option.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
4	Je suis certaine des bénéfices qui importent le plus pour moi.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
5	Je suis certaine des inconvénients qui importent le plus pour moi.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
6	Je suis certaine de ce qui est le plus important pour moi (les bénéfices ou les inconvénients).	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
7	J'ai suffisamment de soutien des autres pour faire un choix.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
8	Je fais mon choix sans pression des autres.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
9	J'ai suffisamment de conseils pour faire un choix.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
10	Je suis certaine du meilleur choix pour moi.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
11	Je suis certaine du choix à faire.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
12	Il m'est facile de prendre cette décision.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
13	J'ai le sentiment que j'ai fait un choix éclairé.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
14	Ma décision met en évidence ce qui est important pour moi.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
15	Je compte maintenir ma décision.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
16	Je suis satisfaite de ma décision.	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord

7.3 Annexe 3 : Mot explicatif

« Bonjour, je suis médecin généraliste dans le pays basque et ce document est un questionnaire anonyme, non obligatoire, réalisé pour mon travail de thèse. Mon objectif est d'en savoir plus sur le parcours des femmes bénéficiant d'une interruption volontaire de grossesse afin d'améliorer leur accompagnement et leur prise en charge médicale. Je vous remercie de prendre le temps de répondre à ce questionnaire. TROCCARD Anne-Charlotte ».

7.4 Annexe 4 : Statistiques comparatives des Sous Scores

Résultats significatifs du Sous Score Information

La variable **formation** semble statistiquement corrélée ($p=0,038$). Dans le groupe « certaines » il y a une majorité de patientes BAC/BP/BT ou CAP/BEP/Brevet (64,21%), alors que dans le groupe « conflit décisionnel élevé » il y a une majorité de Bac +3/4 (55,56%). A noter que les 8 patientes Bac+5 sont toutes dans le groupe « certaines ».

Résultats significatifs du Sous Score Valeurs

Le **délai de prise de décision IVG** est statistiquement significatif ($p=0,0041$). La durée constatée de prise de décision est 2,46 fois plus courte dans le groupe « certaines » (4,93 jours +/- 8,89) que dans le groupe « conflit décisionnel élevé » (12,16 jours +/-11,41). Plus le temps de prise de décision est long plus le niveau d'incertitude décisionnelle semble élevé.

La variable **aide à la décision famille** apparaît statistiquement corrélée ($p=0,036$). Ceci est à interpréter avec prudence car seulement 2 patientes ont pris leur décision à l'aide d'un membre de la famille. Celles-ci font partie du groupe « conflit décisionnel élevé ».

Résultats significatifs du Sous Score Soutien

A propos du **nombre d'IVG antérieur(s)** ($p=0,014$), la moyenne est 2,67 fois plus élevée dans le groupe « conflit décisionnel élevé » (0,75/0,28). Ceci supposerait que plus la femme a réalisé d'IVG dans sa vie plus son niveau d'incertitude serait élevé.

Cela va également dans le sens de la variable **antécédent d'IVG** ($p=0,024$), parmi les patientes « certaines » la grande majorité (77,66%) n'ont jamais fait d'IVG, alors que dans le groupe conflit décisionnel la majorité oui (62,5%).

De la même manière que dans le sous score valeurs, la variable **aide à la décision famille** apparaît statistiquement corrélée ($p=0,0048$). Ceci est toujours à interpréter avec prudence car seulement 2 patientes ont pris leur décision à l'aide d'un membre de la famille. Celles-ci font aussi partie du groupe « conflit décisionnel élevé ».

La **perception du délai de réalisation de l'IVG** ($p=0,016$) ainsi que la **variable regroupée** ($p=0,018$) sont prédictives. La majorité (63,01%) des patientes « certaines » définissent ce temps comme suffisant, alors que les patientes ayant un « conflit décisionnel élevé » le vivent majoritairement (50%) comme long.

Résultats significatifs du Sous Score Incertitude

La variable **délai décision IVG** est significative ($p<0,001$).

Nous constatons une durée de prise de décision 2,87 fois plus longue dans le groupe « conflit décisionnel élevé ».

La variable **perception délai décision IVG** ($p=0,0025$), ainsi que la variable regroupée **perception délai décision** ($p=0,0025$) sont statistiquement corrélées à l'ECD.

Dans le groupe « certaines » 72,73% considèrent que ce temps de réflexion est suffisant, alors que dans le groupe « conflit décisionnel élevé » la majorité (50%) considère ce temps comme court ou trop court.

Concernant la variable regroupée **aide à la décision compagnon** ($p=0,046$), il en ressort que la proportion de femmes qui ont pris leur décision avec leur compagnon est plus importante parmi le groupe « conflit décisionnel élevé » (76,92% chez « conflit décisionnel élevé » / 54,41% chez les « certaines »)

Résultats significatifs du Sous Score Maintien de la décision

L'augmentation de la **durée de prise de décision d'IVG** dans le sous score maintien de la décision apparaît prédictif d'un niveau élevé de conflit décisionnel ($p < 0,001$). En effet ce temps est 2,82 fois plus long dans le groupe « conflit décisionnel élevé » (4,41 jours/ 12,44 jours).

De même l'augmentation du **délai de réalisation de l'IVG** semble prédictif d'un niveau de conflit décisionnel élevé ($p = 0,026$). La durée est 1,4 fois plus longue dans le groupe « conflit décisionnel élevé » (13,59 jours/ 19,1 jours).

La **situation familiale** semble influencer le niveau d'incertitude ($p = 0,048$). Les situations célibataire, divorcée, concubinage seraient en faveur d'un niveau de conflit bas, alors que les situations mariée ou pacsée seraient plus en faveur d'un conflit décisionnel significatif.

La **perception du délai de prise de la décision** ($p < 0,001$) est liée statistiquement au niveau d'incertitude. La majorité des patientes « certaines » (69,51%) définit ce délai comme suffisant. Quant aux patientes avec un niveau d'incertitude significatif elles décrivent ce temps comme court ou très court (66,67%).

Le résultat concernant la variable regroupée **perception du délai de décision d'IVG** va également dans ce sens avec **p** significatif inférieur à 0,001.

S'agissant enfin de la variable regroupée **aide à la décision compagnon**, il ressort que la proportion de femmes qui ont pris leur décision avec leur compagnon est plus importante parmi le groupe « conflit décisionnel élevé » ($p = 0,043$), (83,33% chez les patientes « conflit décisionnel élevé », 57,83% chez les femmes du groupe « certaines »)

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leur raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain et la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me sont demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

