

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE FINALE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
CAROL-ANNE LANGLOIS

L'ACCOMPAGNEMENT DE FEMMES EN CONTEXTE D'INTERRUPTION DE
GROSSESSE : L'EXPÉRIENCE D'INFIRMIÈRES QUÉBÉCOISES ET BRÉSILIENNES.

JANVIER 2012

Sommaire

À l'échelle mondiale, 40 à 50 millions d'interruptions de grossesse (IG) sont pratiquées chaque année, dont 22 millions dans des conditions considérées dangereuses par l'OMS. Malgré cette importante prévalence, l'IG reste un sujet sensible tant sur le plan social que scientifique, cette pratique étant encore illégale dans certains pays. Travailler dans un contexte d'IG peut confronter les infirmières avec leurs propres dilemmes moraux ainsi que ceux véhiculés dans la société. Les infirmières qui travaillent en contexte d'IG sont plus à risque de vivre du stress, de l'épuisement et éventuellement une perte de leur efficacité au travail, si elles ne reçoivent pas du soutien dans leur milieu de travail. Dans une perspective de promotion de la santé des femmes, il est important de mieux connaître les perceptions des infirmières qui travaillent auprès de femmes en contexte d'IG, de ces femmes et de l'IG. Cette étude qualitative phénoménologique a pour but de décrire et de comprendre l'expérience des infirmières québécoises et brésiliennes d'accompagner des femmes en contexte d'IG en dégagant les similitudes et en reconnaissant les différences. Les données ont été recueillies à partir de dix entrevues semi-structurées avec des infirmières québécoises et neuf entrevues avec des infirmières brésiliennes. Les résultats présentent l'analyse des perceptions et des pratiques de soins des 19 infirmières en regard de l'IG. Les résultats permettent de formuler des recommandations pour la pratique clinique, la gestion, la recherche et la formation.

Mots-clés : infirmière, interruption de grossesse, avortement, Québec, Brésil, qualitatif

Resumo

A cada ano, são praticadas em escala mundial, entre 40 e 50 milhões de interrupções da gravidez (IG), sendo que 22 milhões são praticadas em condições consideradas perigosas segundo a OMS. Apesar desta importante prevalência, a IG continua sendo um assunto delicado, tanto no plano social quanto científico, visto que esta prática ainda é ilegal em alguns países. Trabalhar em um contexto de IG pode fazer com que as enfermeiras sejam confrontadas com seus próprios dilemas morais, assim como com os dilemas veiculados pela sociedade. As enfermeiras que trabalham em contexto de IG são mais susceptíveis de vivenciar estresse, esgotamento e eventualmente uma perda de sua eficácia no trabalho, se não receberem apoio em seu meio de trabalho. Em uma perspectiva de promoção da saúde das mulheres, é importante conhecer melhor as percepções tanto das enfermeiras que trabalham junto às mulheres que buscam estes serviços, quanto destas mulheres e da IG. Este estudo qualitativo fenomenológico tem por objetivo descrever e compreender a experiência das enfermeiras quebequenses e brasileiras que acompanham mulheres em contexto de IG, levantando semelhanças e reconhecendo diferenças. Os dados foram colhidos a partir de dez entrevistas semiestruturadas com enfermeiras quebequenses e de nove entrevistas com enfermeiras brasileiras. Os resultados apresentam a análise das percepções e das práticas das 19 enfermeiras a respeito da IG. Os resultados permitem formular recomendações para a prática clínica, a gestão, a formação e a pesquisa.

Palavras-chave: enfermeira, interrupção de gravidez, aborto, Quebec, Brasil, qualitativo

Table des matières

Sommaire	ii
Resumo.....	iii
Liste des figures	viii
Préface.....	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Problématique	4
Un contexte où l’avortement est illégal : le cas du Brésil.....	7
Un contexte où l’avortement est légal : le cas du Canada.....	9
Les infirmières au cœur des pratiques de soins en contexte d’interruption de grossesse.....	11
But de l’étude	15
Question de recherche	15
Contexte théorique	16
L’expérience des femmes et de leurs proches de vivre une IG.....	18
L’expérience des femmes.....	18
L’expérience des proches.....	22
Les pratiques infirmières et l’accompagnement en contexte d’IG.....	25
La particularité des soins infirmiers auprès de femmes en contexte d’IG en divers environnements sociaux-culturels.....	28
Modèle « Illness Beliefs ».....	31

Modèle «Illness Beliefs» (Modèle des croyances envers la maladie et la santé)	32
Modèle écologique du développement humain	34
Le micro-système	37
Le méso-système	38
L'exo-système	38
Le macro-système	38
Le chrono-système	39
Méthode	41
La philosophie phénoménologique	42
La méthodologie phénoménologique	47
Le milieu	51
La population cible	52
L'échantillonnage	52
Les critères d'inclusion et d'exclusion	53
Le déroulement de la recherche	54
Le recrutement des participants	54
Les instruments de collecte de données	56
Les considérations éthiques	58
L'analyse des données	59
La collecte des données verbales	60
La lecture des données	60

La division des données en différentes unités significatives	61
L'organisation et l'expression des données selon une perspective disciplinaire	62
La synthèse des données	62
Les limites et les forces de l'étude	63
Résultats	65
Le profil des participants.....	66
Les infirmières québécoises	69
Entrer en relation.....	69
Définir son rôle professionnel.....	76
Conjuguer avec les différentes perceptions.....	78
Émettre une opinion critique.....	81
Les infirmières brésiliennes	84
Comprendre l'expérience des femmes	85
Définir son rôle professionnel.....	90
Constater la complexité de l'IG comme expérience de soins	93
Analyse des similitudes et des différences entre l'expérience d'accompagnement des infirmières brésiliennes et québécoises contexte d'IG	96
Le micro-système.....	97
Le méso-système.....	106
L'exo-système	108
Le macro-système	109

Le chrono-système	110
Cartogramme de l'expérience d'accompagnement	111
Analyse typologique de l'accompagnement des infirmières en contexte d'IG	113
Discussion	119
L'expérience proximale des infirmières d'accompagner des femmes en contexte d'interruption de grossesse.....	120
Les caractéristiques personnelles des infirmières	121
Les perceptions des infirmières des caractéristiques personnelles des femmes	125
Les caractéristiques du milieu.....	126
Le stigma social de l'IG	129
Recommandations	133
La pratique clinique.....	133
La gestion	134
La recherche	136
La formation.....	137
Conclusion	139
Références.....	143
Appendice A Choix de la directrice de mémoire	151
Appendice B Approbation du projet de recherche.....	153
Appendice C Certificats éthiques.....	156

Appendice D Formulaires de consentement	160
Appendice E Guides d'entrevues québécois et brésilien	166
Appendice F Questionnaire socio-démographique québécois	174
Appendice G Arbres thématiques des unités significatives	177

Liste des figures

Figure

1. Symbole du modèle «Illness Beliefs» adapté du modèle de Wright et Bell (2009). ...33
2. Schématisation du modèle écologique du développement humain librement inspiré du modèle écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1994).37
3. Représentation graphique de l'accompagnement des infirmières en contexte d'IG selon le modèle écologique de développement humain.98
4. Cartogramme de l'expérience d'accompagnement..... 113

«Um homem precisa viajar para lugares que não conhece para quebrar essa arrogância que nos faz ver o mundo como o imaginamos, e não simplesmente como é ou pode ser. Que nos faz professores e doutores do que não vimos, quando deveríamos ser alunos, e simplesmente ir ver»¹

Amyr Klink

«Quand je fus las de chercher j'appris à faire des découvertes ;
Depuis qu'un vent fut mon partenaire je fais voile à tout vent.»

Friedrich Nietzsche

¹ L'homme doit voyager en des lieux qu'il ne connaît pas pour briser cette arrogance qui nous fait voir le monde comme nous l'imaginons et pas simplement comme il est ou peut être. Ce qui nous fait professeurs et docteurs de ce que l'on n'a pas vu, quand on devrait être élèves, et simplement aller voir.

Remerciements

Je voudrais d'abord exprimer ma reconnaissance à mon éminente directrice de recherche, Mme Francine de Montigny, qui est devenue au fil des années une collègue, un mentor, un modèle de rôle et parfois même une confidente. Merci d'avoir facilité la réalisation de ce projet un peu hors-normes, d'avoir tempéré mes projets irréalistes et de ta sensibilité envers mon attachement pour le Brésil. Sache que ta passion pour la recherche, la profession et la relève, ta grande disponibilité et cette confiance que tu as en moi depuis 2004, furent des éléments déterminants de ma décision de poursuivre des études de deuxième cycle ... et de les compléter !

Merci au Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada et au Fond de Recherche en Santé du Québec pour votre appui financier et pour la confiance que vous avez, par la même occasion, manifestée à l'égard de mon projet de recherche. Il est aussi important pour moi de remercier toutes les infirmières québécoises et brésiliennes qui ont accepté de me rencontrer pour partager avec générosité, authenticité et sensibilité leur vécu de professionnelles en contexte d'IG.

À mes collègues et mentors du Brésil... Seria impossível não agradecer vocês amigos, professoras, colegas e particularmente Prof^a Mara Regina Santos da Silva. Se o Brasil é uma parte do meu coração, vocês são a alma das minhas lembranças. Com vocês, cresci profissionalmente e, mais que tudo, pessoalmente.

Un remerciement à mes proches, mes amis, les membres de ma famille et mes collègues pour leur récurrente et angoissante question : «Pourquoi fais-tu une maîtrise?». Encore aujourd'hui, je ne saurais vous formuler une réponse satisfaisante, mais je crois bien qu'elle se retrouve quelque part dans les nombreuses pages qui constituent ce mémoire. Vous vous êtes assuré, tous et chacun à votre façon, qu'un juste équilibre entre mes études, mon travail et mes loisirs soit maintenu et pour cela je vous remercie.

Parler de l'interruption de grossesse c'est parler de notre histoire sociale et culturelle, de notre histoire personnelle et familiale. Mon histoire passe par le parcours de ceux qui m'ont précédé. Je remercie donc mes familles Langlois, Viens et Bourgault pour votre soutien de près et de loin. Aux femmes déterminantes de ces familles, Cécile, Yolande, Viviane et Laurette je voudrais vous dire que je suis fière des combats que vous avez menés avant moi, de votre audace, de votre détermination et de votre foi.

Finalement, je voudrais remercier sincèrement mes parents Isabelle Viens et Marc Bourgault pour leur amour. Le dépassement de soi, l'engagement et la réussite sont autant de valeurs que vous me laissez en héritage et qui ont défini l'étudiante et la personne que je suis. Je ne sais comment exprimer ma gratitude pour votre appui inconditionnel, votre écoute, vos mots justes et réconfortants quand mon insécurité prenait le dessus, votre soutien financier et vos visites régulières à Montréal tout au long de ce projet. À vos côtés je deviens une meilleure personne. Je vous aime.

Introduction

La sexualité comme phénomène biologique, comportement et caractéristique identitaire est un concept chargé de sens qui capte l'imaginaire collectif. Hommes et femmes lui attribuent différentes connotations (amour, plaisir, peur, nécessité, violence, réconfort, contrôle, création, liberté, etc.) qui démontrent le poids de cette abstraction. Il n'est donc pas surprenant que le simple fait de parler de sexualité puisse brusquer certains individus dans des schèmes de croyances acquis et développés tout au long de leur vie. Ainsi, bien que la santé sexuelle des femmes et les choix qu'elles font face à leur maternité soient des réalités universelles c'est avec difficulté et émotion, encore de nos jours, qu'une majorité de politiciens et de citoyens débattent de ces thèmes (Radio Canada, 2011). En ce sens, l'interruption de grossesse (IG), est une question d'actualité tant sur la scène locale qu'internationale.

Parce qu'elles sont souvent aux premières lignes des soins prodigués aux individus et à la collectivité, les infirmières², dans le cadre de leur pratique, peuvent être amenées à accompagner des femmes en contexte d'IG et ce, dans différents environnements professionnels. À l'instar de la société dans laquelle elles évoluent, le regard qu'elles

² Tout au long de ce mémoire, les génériques féminins sont utilisés, sans aucune discrimination et uniquement pour alléger le texte.

portent sur cette question peut être influencé par un ensemble de valeurs, de perceptions, de connaissances scientifiques et d'expériences personnelles. Cette étude qualitative vise à décrire et comprendre l'expérience des infirmières d'accompagner des femmes en contexte d'IG dans différents environnements sociaux, politiques, culturels et linguistiques.

Le présent mémoire se divise en cinq chapitres. Le premier chapitre présente la problématique de l'accompagnement des infirmières auprès de femmes en contexte d'interruption de grossesse ainsi que le but de l'étude et la question de recherche. Le deuxième chapitre offre un contexte théorique à la problématique en présentant l'expérience des femmes et de leurs proches de vivre une IG, les pratiques infirmières et l'accompagnement en contexte d'IG et la particularité des soins infirmiers auprès de femmes en contexte d'IG en divers environnements sociaux-culturels. Aussi, ce chapitre exposera les deux modèles conceptuels qui sous-tendront cette étude soit le modèle *Illness Beliefs* de Wright et Bell et le modèle du développement humain de Bronfenbrenner. Le troisième chapitre décrit le cadre méthodologique choisi, c'est-à-dire la phénoménologie ainsi que le processus méthodologique de façon détaillé. Par la suite, les résultats obtenus seront présentés dans le quatrième chapitre. Enfin, le cinquième et dernier chapitre de ce mémoire est constitué de la discussion, des résultats et des recommandations en découlant.

Problématique

L'interruption de grossesse³ (IG) est une pratique mondialement répandue qui génère toujours moult réactions sur les scènes médiatiques, politiques, économiques et religieuses. L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1997), propose la définition suivante pour clarifier la terminologie utilisée quant aux différents types d'avortements :

Le terme "avortement" désigne l'interruption de la grossesse, quelle qu'en soit la cause, avant que le fœtus soit apte à la vie extra-utérine⁴. Un "avortement spontané" survient sans intervention, et un "avortement provoqué" indique qu'une intervention a été pratiquée dans le but d'interrompre la grossesse. L'avortement provoqué peut être pratiqué en milieu médical conformément à la législation et aux normes sanitaires en vigueur, ou en dehors du système médical.

Globalement, la prévalence de l'IG comme issue à une grossesse est en déclin depuis les 10 dernières années, passant de 46 millions en 1995 à 42 millions en 2003 (Institut Guttmacher & OMS, 2011). Par ailleurs, bien que les taux d'avortement semblent plus élevés dans les pays en voie de développement que dans les pays dits développés, (35 millions comparés à 7 millions), cela ne s'explique que par la distribution de la population à l'échelle mondiale. Cela signifie que la susceptibilité pour une femme de recourir à une interruption de grossesse est la même peu importe l'endroit

³ Parce que le terme «interruption volontaire de grossesse» ne fait pas consensus dans toutes les langues et les contextes politiques, les termes «avortement provoqué» et «interruption de grossesse» seront utilisés de façon interchangeable tout au long de ce texte afin d'harmoniser le vocabulaire avec celui des organisations mondiales.

⁴ Il est à noter qu'au Canada, compte tenu de l'absence de législation, il est généralement accepté que le terme «avortement provoqué» soit utilisé à tout moment de la gestation.

où elle vit : en 2003, dans l'ensemble des pays en voie de développement il y avait 29 femmes sur 1000 qui avaient vécu une IG et 26 femmes sur 1000 dans les pays développés (Institut Guttmacher & OMS, 2011).

Aussi, selon les derniers rapports rendus disponibles par l'Institut Guttmacher et l'OMS (2011), des 42 millions d'avortements estimés annuellement à l'échelle mondiale, 21,6 millions seraient pratiqués dans des conditions jugées dangereuses et seraient responsables d'environ 13% des décès maternels (OMS, 2004 ; Institut Guttmacher & OMS, 2011). Ces interventions conduites dans des conditions dangereuses sont définies ainsi : « une intervention visant à mettre un terme à une grossesse indésirée soit par une personne ne possédant pas les habiletés nécessaires ou dans un environnement qui ne se conforme pas à des normes médicales standards, ou les deux » [traduction libre] (Institut Guttmacher & OMS, 2009). Par exemple, l'utilisation de térébenthine, des agents décolorants (de type eau de Javel), l'application de mixtures à base d'herbes au niveau du vagin ou sur le col de l'utérus, l'insertion de corps étrangers et sauter du haut de marches ou du faite d'un toit, sont autant de méthodes répertoriés pour mettre fin dangereusement à une grossesse (Institut Guttmacher & OMS, 2009). Une IG pratiquée dans des conditions dangereuses peut non seulement entraîner des états graves d'hémorragie et de septicémie, mais aussi, dans un plus large spectre, une perte de productivité, une charge financière accrue, une stigmatisation ainsi qu'une chronicisation de certains problèmes de santé (ex. la stérilité) (Institut Guttmacher & OMS, 2011; Institut Guttmacher, 2009b).

Quant aux différentes législations qui encadrent la pratique d'IG, l'OMS rapporte qu'elles n'ont pas d'impact sur l'incidence de cette pratique. À titre d'exemple, sur le continent africain où la majorité des pays limitent l'accès à l'avortement, le taux est de 29 femmes (de 15 à 44 ans) sur 1 000 annuellement, alors qu'en Europe où cette technique est généralement autorisée sur demande, le taux se situe à 28 femmes sur 1 000 (Institut Guttmacher & OMS, 2007). On constate que les autorités politiques mondiales ont décriminalisé la pratique d'avortement à diverses conditions : sur demande (39,3% des pays), pour des raisons économiques ou sociales (21,3% des pays), pour préserver la santé mentale de la mère (4,2% des pays), pour préserver la santé physique de la mère (9,6% des pays) et pour sauver la vie de la mère (25,7% des pays avec certaines exceptions selon les pays) (CRR, 2008).

Bien que les taux d'IG ne cessent de diminuer à l'échelle mondiale et ce, de façon d'autant plus significative quand les femmes ont accès facilement à des moyens de contraception, l'OMS (2004) rappelle que cette pratique n'est pas appelée à disparaître puisque surviendront toujours des grossesses indésirées ou auxquelles les femmes voudront mettre un terme. Cela s'explique, d'abord, par l'inégalité dans l'accessibilité aux contraceptifs et dans l'information et l'enseignement fournis pour une utilisation optimale. Ensuite, aucune méthode n'est infaillible même si elle est utilisée de façon parfaite. Puis, un grand nombre de grossesses indésirées sont la résultante d'actes de violence sexuelle vécus à la maison ou dans des contextes de guerre (OMS, 2004).

Enfin, de nombreux changements et évènements prévus ou non peuvent transformer une grossesse désirée en une grossesse indésirée.

Ainsi, comme il y aura toujours des femmes en demande de services d'IG, l'OMS recommandait, en 2004⁵, diverses mesures pour relever le défi d'offrir des services de qualité à l'échelle mondiale. L'agent de santé (il peut s'agir ici d'un médecin, d'une infirmière, d'une sage-femme), devient alors un acteur important tant dans la prestation de services de qualité, que dans l'exécution de la technique (peu importe son niveau de responsabilités) et l'accompagnement aux diverses étapes de l'IG (OMS, 2004).

Un contexte où l'avortement est illégal : le cas du Brésil

Tel que mentionné plus haut, les lois qui régissent les IG varient d'un pays à l'autre, imposant plus ou moins de restrictions. Le Brésil, plus vaste et plus peuplé pays d'Amérique latine, n'a pas la législation la plus serrée quant à cette question, bien que sa Constitution Fédérale la considère encore comme un crime et ne l'autorise qu'à la suite d'un acte de violence sexuelle ou lorsque la vie de la mère est en danger (Institut Guttmacher, 2009a ; Avortementivg.com, 2008). À titre d'exemples et de comparaison, le Nicaragua et le El Salvador ont prohibé entièrement cette pratique alors que la

⁵ Ces mesures sont conformes aux discussions tenues lors de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 et de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes de 1995.

Guyane et Porto Rico n'ont aucune restriction et l'autorisent sur demande (Institut Guttmacher, 2009a).

En raison du statut illégal de l'IG, il est quasi impossible d'obtenir un nombre juste quant à l'incidence de cette pratique au Brésil. Les données les plus récentes sont issues d'une étude brésilienne publiée en 2008 qui rapporte entre 843 394 et 1 265 091 IG réalisées dans des conditions dangereuses en 2007 au Brésil, ce qui représente un taux de 20,7 IG pour 1000 femmes (Adesse & Monteiro, 2007). Puisque ces données sont estimées à partir des registres d'hospitalisation du système de santé publique (Adesse & Monteiro, 2007) elles ne font pas consensus. Le ministère de la santé du Brésil est beaucoup plus nuancé en indiquant que la technique de collecte de données peut faire varier les taux de huit à 42 avortements provoqués pour 1000 femmes (Ministério da Saúde, 2008). Il est aussi estimé qu'à l'instar des données mondiales, l'avortement provoqué représente 12,3 % des causes de mortalité maternelle au Brésil (Gesteira, Deniz & de Oliveira, 2008).

Dans un tel contexte d'illégalité, le prestataire de soins n'a normalement aucun contact avec les femmes qui tentent de mettre fin à leur grossesse. Cependant, lorsque des signes ou des symptômes de complications associés à la pratique d'avortements illégaux apparaissent, les femmes se rendent fréquemment dans les services d'urgence (hôpitaux, centres locaux de soins) où elles rencontrent divers professionnels de la santé, entre autres des infirmières. En effet, dans les 24 heures suivant la tentative de mettre

fin à une grossesse, il peut survenir des états graves voir même critiques de douleurs abdominales, d'hémorragie ou de septicémie qui nécessitent une prise en charge médicale immédiate sans quoi ils peuvent mener à des hystérectomies d'urgence ou au décès de la femme (Ministério da Saúde, 2008).

Finalement, le débat reste encore vif au Brésil. À titre d'exemple, la nouvelle présidente du Brésil, Dilma Rousseff, s'était prononcée en faveur de la décriminalisation de l'avortement avant d'amorcer les élections présidentielles. Les forces religieuses et médiatiques l'ont toutefois amenée à se prononcer en faveur de la vie et à écarter ce thème de sa campagne électorale (Gasnier, 2010 ; Fontaine, 2010).

Un contexte où l'avortement est légal : le cas du Canada

Au Canada, à la suite de longues luttes menées essentiellement entre les années soixante et quatre-vingt-dix, c'est en janvier 1988 que l'avortement provoqué est décriminalisé pour l'ensemble des provinces et des territoires (AFLC & FQPN, 2010). La Cour suprême du Canada déclare donc inconstitutionnel et abroge l'article 251 du Code criminel (maintenant article 287 du Code criminel suite à la refonte de 1985) dans le cadre d'un procès impliquant la figure emblématique du combat pour le libre choix des femmes, Henri Morgentaler (R. c. Morgentaler, [1988] 1 R.C.S. 30) (Cour suprême du Canada, 1988). Aux yeux de plusieurs, « il est donc désormais reconnu que l'intégrité physique et émotionnelle des femmes passent par leur droit à disposer de leur corps et, donc, par le droit de choisir l'avortement » (AFLC & FQPN, 2010).

Pourtant, l'année suivante, l'importante cause de Daigle contre Tremblay, visant à reconnaître au père le droit d'empêcher une femme de recourir à l'avortement et à définir le droit du fœtus à la vie, sera le premier de nombreux soubresauts juridiques canadiens sur le thème de l'avortement (Dunn, 2008). Dans «l'affaire Chantal Daigle», la Cour suprême déclarera que le statut juridique de «personne» ne peut être conféré au fœtus (n'étant pas né et vivant) et que comme le père n'a aucun intérêt sur le fœtus qu'il a engendré, la femme seule a le pouvoir de mettre ou non un terme à sa grossesse (Tremblay c. Daigle, [1989] 2 R.C.S. 530) (Dunn, 2008; Cour suprême du Canada, 1989). Preuve que ce sujet préoccupe les parlementaires, entre 1988 et 2008, cinq projets de loi (C-43, C-291, C-338, C-484 et C-537), une motion (M-83), deux causes et un arrêt ont tenté de restreindre l'accès ou à recriminaliser en partie ou en totalité la pratique de l'IG au Canada (Dunn, 2008).

Les dernières statistiques nous informent que 91 310 avortements provoqués ont eu lieu en 2006 dans l'ensemble du Canada, ce qui correspond à un taux de 13 femmes sur 1000 (Statistique Canada, 2006). Il est important de mentionner que des données plus récentes de 2007 et 2008 sont disponibles via l'Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS) qui prend en charge la diffusion des statistiques concernant l'avortement depuis 2006. Cependant ces données pourraient ne pas être tout à fait exactes puisque qu'un nombre important de provinces et territoires n'ont pas soumis, en 2007, toutes les données exigées (i.e. Île-du-Prince-Édouard, Saskatchewan, Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut).

Le Québec se distingue, depuis quelques années, par la qualité et la quantité de services offerts en contexte d'IG (ACLC & FQPN, 2010). C'est donc dans 51 établissements (Centres hospitaliers, CLSC, cliniques privées, centre de santé des femmes) que 26 494 avortements ont été pratiqués en 2009 au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2011). Ce nombre correspond à un taux plus élevé que dans l'ensemble du Canada, c'est-à-dire que 17,3 femmes sur 1000 ont vécu une IG en 2009, soit 4,3 de plus que la moyenne des autres provinces (Institut de la statistique du Québec, 2011). Sur l'ensemble du territoire québécois, les 51 établissements offrent tous des services d'IG pour les grossesses de moins de 13 semaines, mais seulement trois régions (Québec, Estrie et Montréal) ont reçu le mandat d'assurer le service pour les grossesses plus avancées, soit entre 14 et 20 semaines (ACLC & FQPN, 2010). Au-delà de ce terme, la région de l'Estrie offre des services jusqu'à 22 semaines de grossesse et Montréal assure la coordination des cas de 23 semaines et plus qui sont habituellement redirigés vers les États-Unis d'Amérique.

Les infirmières au cœur des pratiques de soins en contexte d'interruption de grossesse

Au plan scientifique, lorsque les chercheurs s'intéressent à l'IG en tant qu'expérience psychologique multidimensionnelle, c'est la femme qui est le centre d'intérêt plus souvent que les intervenants de la santé qui gravitent autour d'elle (Coleman, Reardon, Strahan & Cogle, 2005; Fergusson, Boden & Horwood, 2007; Gesteira, Barbosa & Endo, 2006; Goodwin & Ogden, 2007; Hemmerling, Siedentopf &

Kentenich, 2005; Kalyanwala, Zavier, Jejeebhoy & Kumar, 2010; Remennick & Segal, 2001). Or, l'importante prévalence des interruptions de grossesse et leurs conséquences sur la santé des femmes (OMS, 2004; Institut Guttmacher & OMS, 2007, 2009), implique que de nombreux intervenants de la santé, entre autres des infirmières, accompagnent des femmes à divers moments de leur demande de service. Toutefois, tel que le mentionne Gallagher, Porock et Edgley (2010), l'expérience d'accompagnement de ces infirmières, leurs pratiques, leurs perceptions et leurs croyances demeurent peu explorées à ce jour.

Divers organismes ont toutefois affirmé l'importance des soins infirmiers dans l'expérience de l'interruption de grossesse. D'abord, en 2002, le conseil international des infirmières (CII) (organisme qui représente plus de 13 millions d'infirmières à travers le monde) a reconnu le pouvoir et les droits des femmes face à leur santé sexuelle et à leur maternité (CII, 2002) tout autant que le rôle crucial des infirmières face à cette clientèle :

Le CII considère que les infirmières, qui sont des professionnelles de santé expérimentées et compétentes et qui, dans leur grande majorité, sont des femmes, sont particulièrement bien placées pour défendre la cause des femmes et dispenser à ces dernières des soins de santé de qualité. Elles peuvent et doivent également contribuer directement à l'élaboration des politiques de santé, à la planification des services, au développement de la pratique et à la recherche sur la santé de la femme.

Puis, l'OMS, en 2004, dans un document comprenant diverses directives à l'intention des organisations de santé, identifiait les infirmières comme des agents clés au même titre que les sages-femmes dans la prestation de services d'avortement. Leur travail autonome ou en collaboration avec un médecin participe, selon l'OMS, à l'amélioration et à l'accessibilité des services. Enfin, dans un document produit en 2010 par l'Association canadienne pour la liberté de choix et la Fédération du Québec pour le planning des naissances, «Le point sur les services d'avortement au Québec», il en ressort que les intervenants de la santé sont d'une importance majeure dans l'organisation et l'accessibilité aux services d'avortement au Québec. Considérant que les infirmières sont les intervenantes de la santé majoritaires en nombre au Québec et qu'elles occupent de nombreuses fonctions dans divers milieux de soins, il est à croire qu'elles ont des interventions de proximité auprès de la clientèle en demande d'IG.

Les rares travaux de recherche portant sur l'expérience des infirmières d'accompagner des femmes en contexte d'IG (Gallagher, Porock & Edgley, 2010; Hanna, 2005; Lipp, 2008a,b; Lipp & Fothergill, 2009, Mokgethi, Ehlers & van der Merwe, 2006) démontrent que ce type de travail peut avoir certaines implications psychologiques en raison de l'intensité du travail émotionnel lié à l'accompagnement des femmes tout au long de l'interruption de la grossesse. Un niveau élevé de stress découle de leur engagement dans le déroulement de l'IG, de leur niveau de responsabilité élevé et de leur sensibilité et empathie à l'endroit de leur clientèle (Lipp & Fothergill, 2009).

Dans une étude menée en 2006 en Afrique du Sud auprès d'infirmières travaillant sur une unité où sont pratiquées des IG légales, l'on constate que la stigmatisation de cette pratique, le manque de soutien des membres de l'entourage, l'absence de choix de pratiquer dans ce secteur et les valeurs religieuses peuvent engendrer de la culpabilité, de la dépression et de l'anxiété chez le personnel infirmier (Mokgethi, Ehlers & van der Merwe, 2006). De la même manière, les valeurs et opinions antinomiques au sein même d'une société influencent les perceptions et les attitudes que les infirmières auront envers leur clientèle et leurs proches (Gallagher, Porock & Edgley, 2010). Enfin, Lipp (2008a) rapporte que la majorité des infirmières est sensible à la décision de mettre fin à une grossesse et qu'elle cherche à faire preuve d'une grande neutralité dans ses pratiques d'accompagnement. Il s'avère toutefois complexe d'offrir des soins dans un contexte d'avortement provoqué et Lipp observe que l'IG a des répercussions sur la femme qui en fait le choix, mais aussi sur les infirmières qui l'accompagnent.

Enfin, compte tenu de l'universalité de la pratique d'avortements à travers différentes cultures, du rôle majeur que tiennent les infirmières dans les soins de santé offerts aux femmes et du manque de connaissances sur l'expérience d'accompagner des femmes dans un tel contexte, il apparaît primordial pour l'auteure de mieux décrire et de comprendre cette expérience. Développer un savoir spécifique à ce champ d'activité pourra habiliter davantage les infirmières dans leurs pratiques de soins et favoriser leur bien-être au travail, bonifiant de ce fait la qualité des soins offerts aux femmes et leur entourage.

But de l'étude

Peu d'études s'intéressent à la façon dont s'insèrent les pratiques infirmières à l'intérieur d'un contexte socio-culturel donné. La présente étude a pour but de décrire et de comprendre l'expérience des infirmières d'accompagner des femmes en contexte d'interruption de grossesse dans deux différents environnements légaux, sociaux, politiques, culturels et linguistiques en dégageant les similitudes et en reconnaissant les différences.

Question de recherche

Comment est vécue l'expérience des infirmières québécoises et brésiliennes d'accompagner des femmes en contexte d'interruption de grossesse ?

Contexte théorique

Traité comme un casse-tête moral davantage que comme un réel problème de santé publique, l'avortement, indéniablement, est un sujet délicat dans toutes les sociétés. Une investigation approfondie de la littérature scientifique, démontre à quel point les recherches convergent davantage sur les aspects techniques de l'intervention (méthodes, médication, procédures) que sur une réelle exploration de l'expérience humaine dans sa globalité. Si les impacts psychosociaux de cette intervention sur la femme et son entourage font l'objet d'un nombre croissant d'études il n'en est pas de même pour les retombées sur les professionnels de la santé qui accompagnent et offrent des services de soins à ces femmes. Aussi, peu d'études s'intéressent à la façon dont s'insèrent les pratiques infirmières à l'intérieur d'un contexte social, culturel, économique, religieux et politique donné. Le but de cette étude est donc de décrire et de comprendre l'expérience des infirmières d'accompagner des femmes en contexte d'interruption de grossesse en dégagant les similitudes et en reconnaissant les différences entre les pratiques d'infirmières québécoises et brésiliennes. Cela permettra d'offrir une vision contemporaine de l'expérience d'accompagner des femmes en contexte d'interruption de grossesse.

Ce chapitre développe le contexte théorique qui sous-tend les différents thèmes abordés dans le présent projet de recherche. Ces thèmes traités sont les suivants :

l'expérience des femmes et de leurs proches de vivre une interruption de grossesse, les pratiques infirmières et l'accompagnement en contexte d'avortement provoqué et la particularité des soins infirmiers en divers contextes sociaux-culturels. Finalement le modèle «Illness Beliefs» (Wright & Bell, 2009) et le modèle écologique de développement humain (Bronfenbrenner, 1994) qui servent de cadre de référence pour cette étude seront présentés.

L'expérience des femmes et de leurs proches de vivre une IG

L'expérience des femmes et des membres de leur entourage de mettre fin à une grossesse est complexe et peut représenter un défi d'intervention pour les infirmières qui les accompagnent. La description de ces expériences permet alors aux infirmières de développer une approche plus conséquente avec les besoins de ces clientèles. Les prochains paragraphes présentent d'abord l'expérience des femmes telle que décrite dans la littérature, puis celle des membres de l'entourage et plus particulièrement celle des partenaires masculins.

L'expérience des femmes

Coleman, Reardon, Strahan et Cogle (2005) ont conduit une importante revue des écrits qui permet d'identifier les principaux constats et lacunes des écrits des décennies 80 et 90 portant sur les implications psychologiques de vivre un avortement provoqué pour les femmes. Les auteurs dégagent, entre autres, différents facteurs prédisposant des retombées psychologiques de l'IG : l'âge de la femme au moment de faire le choix de

l'IG comme issue à une grossesse, l'attachement au fœtus, les croyances quant à l'humanité du fœtus, les caractéristiques culturelles, ethniques et le statut socioéconomique de la femme ainsi que l'adaptation aux événements en post-intervention (influencée par un certains nombres de schèmes cognitifs et comportementaux). Aussi, pour les recherches futures, les auteurs suggèrent l'utilisation de cadres de références qui permettent d'assurer une cohésion entre les recherches passées et présentes, mais aussi entre les divers éléments démocratiques, sociaux, relationnels et culturels qui gravitent autour de la décision de mettre fin à une grossesse. Ils recommandent d'ailleurs le modèle écologique de développement humain de Bronfenbrenner pour atteindre cet objectif. Enfin, les auteurs suggèrent d'innover dans la conduite de recherches en utilisant seuls ou en combinaison davantage de devis qualitatifs, d'entrevues semi-structurées, de groupes focalisés, d'observation participante, d'entrevues avec des membres de l'entourage et de documentation ou de registres officiels.

Le processus décisionnel de mettre fin à une grossesse alimente aussi beaucoup les écrits scientifiques. Allanson (2007) a interrogé 96 femmes australiennes en demande de services d'avortement avant la 12^{ième} semaine de gestation en utilisant à la fois les entrevues et une grille d'items d'aide à la décision quant à l'avortement (Abortion Decision Balance Sheet Item Endorsement) pour évaluer la complexité de la prise de décision pour les femmes. Il en ressort que la période liée à la prise de décision est génératrice de détresse émotionnelle pour une grande majorité de femmes mais que cette

détresse est considérablement atténuée trois mois après l'intervention. La détresse de ces femmes était intensifiée par la perception de ne pas pouvoir être une bonne mère, par les opinions directives de l'entourage, par la proximité avec une femme qui avait vécue des difficultés suite à un avortement et par les messages polarisés de la société australienne.

Halldén, Christensson et Olsson (2005), de leur côté, ont utilisé la phénoménologie pour décrire le choix de l'IG chez 10 jeunes femmes suédoises de 18 à 20 ans. Les auteures mettent en évidence le paradoxe de «je suis heureuse de ma fertilité mais je choisis de ne pas donner la vie maintenant» [traduction libre] (p. 799). Cet énoncé illustre qu'une grossesse semble conforter les jeunes femmes dans leur potentiel à connaître la maternité tout autant que cela les étonne et les bouscule dans leurs projets d'avenir. En outre, la relation avec l'entourage peut être déterminante, car les 10 participantes à l'étude ressentaient un besoin de parler de cette grossesse et d'être comprise par les autres dans leur choix. La relation virtuelle avec le fœtus et la perception que les femmes ont de l'intervention peuvent aussi influencer l'expérience émotionnelle associée à l'IG. Cette expérience peut être teintée de distance, de proximité, de peur, d'anxiété et d'appréhension de ressentir de la culpabilité suite à l'intervention. Finalement, les auteures suggèrent aux infirmières qui travaillent directement auprès d'une population adolescente et jeune-adulte de continuer le travail d'information au sujet de la contraception, mais surtout de clarifier les projets d'avenir et de définir les concepts de maternité et de fertilité

Par ailleurs, une étude allemande (Hemmerling, Siedentopf & Kentenich, 2005, N : 219) et une étude états-unienne (Fielding, Edmunds & Schaff, 2002, N : 43) s'interrogent sur le type de technique abortive utilisée comme autre déterminant des répercussions psychologiques d'un avortement provoqué. Ces deux études concluent qu'il n'y a pas de différence significatives quant à l'anxiété ressentie et aux symptômes de dépression suite au choix des femmes d'utiliser une thérapie médicamenteuse à domicile (mifépristone et misoprostol) ou la technique chirurgicale (aspiration et curetage). L'impression de contrôle, de proactivité et d'intimité sont toutefois des avantages évoqués spécifiquement par les femmes qui ont fait le choix de prendre l'association médicamenteuse à la maison. Ces deux études soulignent l'importance des informations offertes aux clientes quant aux différentes techniques disponibles (prise de la médication à la maison ou intervention chirurgicale en clinique) et du suivi psychologique soutenu avant et après l'intervention.

D'ailleurs, cette période post-IG soulève de nombreux questionnements quant aux possibles répercussions à long terme de ce type d'intervention. Goodwin & Ogden (2007) font la démonstration, par une étude phénoménologique, que le deuil post-avortement est bien réel mais qu'il est variable dans sa forme en fonction de l'individualité (du bagage) de chaque femme. Les auteurs se sont intéressés au parcours émotionnel de 10 femmes âgées entre 23 et 31 ans et à la représentation de cet événement de façon rétroactive un à neuf ans après. Bien que les études classiques aient démontré que le processus de deuil se vivait de façon linéaire, cette recherche démontre

que des « revirements » émotionnels peuvent se produire. Ainsi, les résultats de Goodwin et Ogden mettent en évidence que si certaines femmes ont vécu un processus linéaire de deuil (avec une certaine notion d'évolution des émotions), d'autres sont restées attristées, neutres ou sont devenues très négatives face à cet événement. Ce large spectre d'émotions s'explique, selon les auteurs, par les différentes perceptions des femmes quant au fœtus, au soutien reçu de la part de l'entourage et aux croyances véhiculées dans la société quant à l'avortement. Il apparaît primordial pour ces auteurs que les femmes soient mieux comprises et soutenues à moyen et long terme après l'intervention.

Enfin, une auteure québécoise (Tremblay, 2009), par une approche de théologie pratique, s'est intéressée au vécu de quatre femmes ayant vécu une IG. Il en ressort que les femmes vivent une souffrance et un deuil qui se manifestent par de la culpabilité, de la mélancolie et une certaine affliction. Ces états sont toutefois marginalisés, faute de repères spirituels et sociétaux. L'auteure relate l'importance des symboles et des rituels pour rappeler la mémoire de « l'enfant perdu » et pour permettre aux femmes de se pardonner.

L'expérience des proches

Lors d'un épisode de soins en contexte d'IG, la femme est souvent accompagnée d'une personne significative avec qui l'infirmière aura plus ou moins de contacts selon le milieu de soins et les politiques internes. Or, que cet accompagnateur soit un parent,

un membre de la fratrie, un(e) ami(e), un partenaire sexuel (qui peut ou non être le père du fœtus) ou un tuteur, la préparation et le soutien à cette personne reste un défi pour les infirmières (Lipp, 2008c). En effet, il est possible que le soutien qu'offre cette personne significative soit limité en raison de la gestion de son propre processus de deuil, que sa présence amène des brèches dans la confidentialité ou qu'elle use d'influence ou de coercition envers le choix de la femme de mettre fin à sa grossesse. Cependant, la présence de cette personne peut amenuiser la solitude, permettre de prendre en charge de simples besoins tout au long de l'intervention et offrir un cadre où cette personne pourra s'approprier un rôle de soutien significatif (Lipp, 2008c).

La grande majorité des études qui s'intéresse au vécu d'une tierce personne dans le processus d'un avortement provoqué, cible le partenaire masculin de la femme en demande de service. Une revue des écrits (N: 28) menée par Coyle (2006), indique d'ailleurs que les hommes sont susceptibles de ressentir des émotions telles que le soulagement, la tristesse, l'ambivalence, l'échec et de la culpabilité à la suite de l'intervention. Une étude suédoise (Halldén & Christensson, 2010) utilisant une méthodologie phénoménologique herméneutique auprès de jeunes hommes âgés entre 16 et 20 ans (N=10) précise, quant à elle, l'expérience d'accompagner une partenaire dans le processus d'avortement provoqué. Il en ressort que la culpabilité liée à l'impression d'être responsable de l'interruption d'une grossesse amène le garçon à vouloir amoindrir les souffrances physiques et psychologiques de sa copine. Parce que lui-même doit gérer un ensemble d'émotions et le sentiment de ne pas être aidant, il ne souhaite pas être

marginalisé par les professionnels de la santé, mais bien reconnu pour le soutien qu'il peut apporter tout au long de l'expérience d'IG. Finalement, selon les auteurs, une interruption de grossesse est une expérience significative pour un jeune couple puisqu'ils devront se positionner à la fois face à leur possible parentalité, leur liberté, la possible réaction de leurs parents et proches, la décision finale de mettre un terme à une grossesse et aussi face à l'avortement comme possibilité de corriger une erreur (Halldén & Christensson, 2010).

Coleman, Rue et Coyle (2009), quant à eux, se sont intéressés à l'impact d'une IG vécue dans une relation antérieure ou dans la présente relation sur la qualité de la relation de couple. Pour les 658 hommes et 906 femmes interrogés il apparaît évident qu'une expérience présente ou passée d'avortement a des répercussions sur les relations qu'entretiennent les deux partenaires. De façon significative, le couple semble vivre plus de conflits en lien avec les enfants et la consommation de drogues (si consommation antérieure) et observe davantage de manifestations de jalousie. Les femmes peuvent, quant à elles observer des perturbations sexuelles variées (anorgasmie, douleur, anxiété, etc.). En fait, ces auteurs tout comme McCreight (2004), confirment que le deuil du père suite à la terminaison d'une grossesse est réel. Les réactions du père peuvent, bien entendu, être variables dans leurs formes et leur durée, mais de façon générale seraient moins adaptées, ce qui entraîneraient de l'insécurité dans les relations futures et des tentatives de s'auto-médicamentent en réponse à la détresse vécue (par une utilisation

accrue de drogues et d'alcool) (Coleman et al., 2009). Les auteurs rapportent le manque de soutien pour cette clientèle, alimentant ainsi un cercle vicieux d'isolement social.

Les pratiques infirmières et l'accompagnement en contexte d'IG

Bien que l'expérience multidimensionnelle des professionnels de la santé d'accompagner des femmes en contexte d'IG soit peu documentée, on la retrouve dans les écrits scientifiques internationaux en plus grand nombre depuis les dix dernières années.

En effet, Gallagher, Porock et Edgley (2010) ont réalisé neuf entrevues avec des infirmières travaillant dans trois cliniques d'avortements du Royaume Uni dans le but de clarifier les perceptions de ces dernières envers l'IG. Deux thèmes principaux ont émergé de ces entrevues : « les attitudes envers l'avortement » et « la manière de faire face à ». En somme, les infirmières semblent hésiter à parler de leur emploi en raison des idées préconçues et polarisées qui circulent dans la société. Cette controverse entourant leur rôle a un impact sur leur travail quotidien : elles sont prudentes dans le choix des mots (elles évitent de nommer le fœtus un bébé) et ne s'approprient pas la décision de la femme (ce n'est pas ma décision, c'est la sienne). Une grande majorité de participantes à la recherche ont aussi nommé leur inconfort envers les avortements tardifs (plus de 24 semaines). Les dilemmes moraux internes qui alimentent cet inconfort font en sorte qu'elles valorisent beaucoup le travail d'équipe qui leur permet d'échanger sur les événements plus difficiles de la journée. Gallagher, Porock et Edgley (2010), suggèrent

de définir davantage le rôle de l'infirmière en contexte d'IG afin de mieux articuler les soins aux femmes et de rendre plus explicite le sens de ce travail atypique.

De son côté, Lipp (2008a, 2008b, 2009; Lipp & Fothergill, 2009) s'est intéressé au défi que représente la pratique infirmière en contexte d'IG. Une première étude (2008 a) menée au Royaume Uni auprès de 12 infirmières qui travaillent activement dans un contexte d'IG, portait sur les perceptions qu'ont ces professionnelles de la santé de leur rôle auprès des femmes et de l'intervention. Il semble d'abord primordial pour les infirmières de prendre connaissance du contexte entourant la décision de la femme et de l'accueillir sans le juger pour faciliter la prise de décision. Aussi, bien que l'utilisation de la thérapie médicamenteuse à la maison pour mettre fin à la grossesse gagne du terrain au Royaume Uni, les infirmières semblent mitigées quant à son utilisation. En effet, certaines infirmières la perçoivent comme une «punition» pour la femme et une procédure traumatisante au point de vue psychologique. Pour d'autres c'est une opportunité, pour la femme d'être plus impliquée et d'avoir plus de contrôle sur le processus et l'intervention.

En 2009, Lipp et Fothergill démontrent, à l'aide du modèle explicatif du stress de Carson et Kuipers (1998) et des 12 entrevues réalisées précédemment (Lipp, 2008a), que l'accompagnement de femmes en demande d'IG peut être générateur de stress pour les infirmières en raison du haut niveau de travail émotionnel requis. Cela s'explique par le fait que certaines infirmières se sentent contraintes à refréner des valeurs personnelles

pour travailler avec la clientèle, que le secteur de la gynécologie implique une proximité plus grande dans la relation interpersonnelle que dans plusieurs autres secteurs et que l'infirmière peut avoir de la difficulté à faire la part entre ses propres besoins et ceux de sa cliente (Lipp & Fothergill, 2009). Les infirmières qui travaillent en contexte d'IG, sont donc à risque de vivre du stress, de l'épuisement et éventuellement une perte de leur efficacité au travail si elles ne reçoivent pas du soutien de leurs pairs, de leur entourage et de leurs gestionnaires.

Ces valeurs quant à l'avortement sont décrites par une étude danoise de Fonnest, Søndergaard, Fonnest et Vedsted-Jacobsen (2000). Menée auprès de 993 professionnels, dont 183 infirmières, cette étude a révélé que la majorité d'entre elles était en accord avec un avortement pratiqué dans les 12 premières semaines de grossesse, mais aussi que la religion et le type de profession sont des déterminants importants des attitudes des professionnels de la santé envers les avortements provoqués. Notons que les gynécologues de cette étude étaient plus favorables que les infirmières à l'avortement.

En fait, les croyances religieuses sont l'obstacle le plus fréquemment mentionné à une pratique infirmière en contexte d'avortement (Fonnest et al, 2000; Kade, Kumar, Polis, & Schaffer, 2004; Marshall, Gould & Roberts, 1994; Shotorbani, Zimmerman, Bell, Ward & Assefi, 2004). Ensuite vient le nombre de semaines de gestation, la participation des infirmières devenant plus restrictive après 12 semaines de grossesse, moment où seul un petit nombre d'infirmières se disent disposées à participer à

l'avortement (Fonnest et al, 2000; Kade, et al, 2004; Marek, 2004; Marshall et al., 1994). Finalement, considérant que la participation de l'infirmière aux services d'IG a un impact majeur sur l'accès aux services d'IG (Kade, et al, 2004; Marek, 2004), il importe de mieux comprendre l'expérience des infirmières.

La particularité des soins infirmiers auprès de femmes en contexte d'IG en divers environnements sociaux-culturels

Très peu d'études abordant spécifiquement les pratiques infirmières auprès de femmes en contexte d'IG dans différents environnements sociaux, culturels ou politiques ont été répertoriées dans les écrits scientifiques. En fait, bien qu'un certain nombre de chercheurs internationaux s'intéressent à l'IG, ils ne s'interrogent pas nécessairement au contexte élargi dans lequel elle s'inscrit.

Pourtant, en 2001, Remennick et Segal expliquent toute l'importance du contexte socio-culturel dans les processus post-avortement. En interrogeant 23 femmes israéliennes et 25 femmes russes (immigrantes de l'ex Union Soviétique) ayant vécu récemment une IG, ils démontrent que l'expérience des femmes originaires d'un pays où l'IG est légalisée est davantage influencée par des facteurs proximaux (par exemple, l'opinion des amis et de la famille) que celle des femmes dont le pays criminalise cette intervention. Pour ces dernières l'expérience de l'IG est influencée par les contextes sociaux, par exemple, l'accès aux services, les rôles des genres, l'opinion publique de l'avortement. Ce genre d'information peut donc guider l'intervention des infirmières

dans l'établissement d'une relation thérapeutique avec une cliente. Les auteurs soulignent brièvement que certaines femmes avaient senti, de la part du personnel soignant une forme de jugement moral quant à leur décision de mettre fin à leur grossesse. Ce genre d'attitude avait d'ailleurs rendu plus difficile l'expérience de l'IG pour certaines femmes immigrantes.

Enfin, bien qu'un nombre certain d'études font état du contexte particulier de l'expérience de l'IG dans différents contextes culturels (Abboud & Liamputtong, 2005; Adamczyk, 2008; Gasteira, Barbosa & Endo, 2006; Gesteira, Diniz & de Oliveira, 2008; Kalyanwala, Zavier, Jejeebhoy & Kumar, 2010; Kaye, 2006; Mariutti, de Almeida & Panobianco, 2007; Mavroforou, Koumantakis & Michalodmitrakis, 2004; Singh, Prada & Kestler, 2006), seulement deux publications retiennent l'attention quant aux possibles implications pour la pratique. Premièrement, en 2006, Mokgethi, Ehlers et van der Merwe, ont dévoilé les résultats d'une recherche visant à déterminer les attitudes et les perceptions d'infirmières sud-africaines travaillant dans un contexte d'IG. L'Afrique du Sud a rendu légale l'IG depuis 1996, mais l'accès à cette intervention en milieu hospitalier est limité, les opinions restent encore polarisées (groupes pro-vie et pro-choix clairement identifiés) et peu d'infirmières sont volontaires à travailler dans ce secteur d'activité. En fait, les attitudes des infirmières sont fortement influencées par leur opinion concernant le profil de la clientèle qui devrait avoir accès aux services d'IG, l'âge gestationnel du fœtus, la religion qu'elles pratiquent et le fait d'être obligée par les gestionnaires à travailler dans un département où sont pratiqués les IG. Les auteurs

suggèrent plus de formation, un meilleur encadrement des pratiques et surtout d'offrir le choix aux infirmières de travailler ou non dans ce secteur afin de ne pas affecter la qualité des services offerts aux femmes.

Enfin, Gesteira, Diniz et de Oliveira (2008), ont utilisé des études de cas détaillées auprès de deux groupes focalisés d'infirmières et d'infirmières auxiliaires brésiliennes pour décrire les soins de santé offerts par les infirmières aux femmes qui sont hospitalisées suite à une tentative d'IG⁶. En grande majorité, les professionnelles rencontrées considèrent l'IG comme un crime et un péché (contre les lois édictées par Dieu) et cela prend forme dans leur discours par l'utilisation des termes «jugement», «reproche», «punition» et «blâme» quand elles parlent de leurs perceptions des femmes hospitalisées. Aussi, elles reconnaissent que les soins offerts sont souvent discriminatoires, en priorisant quasi systématiquement les autres parturientes de l'étage au détriment des femmes ayant fait une tentative d'IG. La stigmatisation de ces clientes est donc principalement issue de la culture brésilienne actuelle qui accorde beaucoup d'importance à certains dogmes religieux (Gesteira, Diniz & de Oliveira, 2008). Les auteurs affirment que ce type de violence institutionnelle peut avoir des conséquences graves sur la santé physique et mentale de certaines femmes, si les infirmières ne s'engagent pas à offrir des soins plus humanistes.

⁶ Rappelons que l'IG est considérée un crime au Brésil sauf dans les cas où la vie de la femme est en danger ou que la grossesse est la résultante d'un acte de violence sexuelle

En somme, la communauté scientifique a une compréhension limitée ou parcellaire de l'expérience de l'IG. Elle est régulièrement fractionnée en différentes étapes temporelles «avant», «pendant», «après» où l'expérience des infirmières est peu souvent examinée. Or, ce sont ces professionnelles de la santé qui, de part le monde, ont souvent le plus de contacts avec des femmes qui sont en demande d'une IG ou qui ont tenté de mettre fin à une grossesse de façon illégale. On sait maintenant que cette expérience d'accompagnement peut être génératrice d'états de malaise, d'anxiété et de détresse chez certaines infirmières et que les perceptions et les attitudes des infirmières influent sur leurs pratiques de soins auprès des femmes et de leurs proches. Aussi, le besoin d'une formation plus spécifique à ce contexte de soins est clairement nommé par certains auteurs bien que, parallèlement, l'interruption de grossesse est un secteur de recherche qui génère trop peu de données probantes essentielles à la modification des pratiques cliniques. Finalement, les auteurs suggèrent de s'intéresser davantage à l'expérience des professionnels de la santé et des proches en contexte d'IG, tout en utilisant des méthodologies qualitatives variées qui permettent de saisir la profondeur de cette expérience.

Modèle « Illness Beliefs »

Le choix et l'application d'un cadre de référence permet d'articuler les différentes étapes de la recherche de façon cohérente. Cette cohérence théorique s'obtient par l'utilisation de deux cadres théoriques. D'abord, le modèle «Illness Beliefs » de Wright et Bell (2009), encadre le développement des guides d'entretiens, de l'analyse des

données et assure une orientation professionnelle à l'ensemble de l'étude. Pour soutenir le précédent modèle dans l'analyse conceptuelle des données et pour représenter les axes socio-culturels, le modèle écologique de développement humain de Bronfenbrenner (1994) est utilisé.

Modèle «Illness Beliefs» (Modèle des croyances envers la maladie et la santé)

Le modèle « Illness Beliefs », est issu des expériences cliniques en santé familiale des auteures Wright et Bell depuis le début des années 80. Ce modèle en sciences infirmière, est symbolisé par une triade concentrique de croyances enchassée dans un cercle plus grand (Figure 1). Ce dernier symbolise les croyances culturelles de la société et les plus petits cercles les croyances du patient, des membres de la famille et du professionnel de la santé. Cette symbolique s'applique à la présente étude, puisque les croyances sont décrites comme déterminants des perceptions des infirmières envers les femmes en contexte de service d'IG dans un environnement socio-culturel donné.

Ainsi, la croyance, comme concept central dans ce contexte relationnel est définie comme étant « la "vérité" d'une réalité unique qui influence la structure et le fonctionnement bio-psycho-social-spirituel » [traduction libre] (Wright & Bell, 2009, p.27). De toutes les croyances qui émergent dans la vie quotidienne, certaines sont dites fondamentales. Ces dernières se distinguent par les réactions émotionnelles et physiques qu'elles suscitent bien qu'elles soient, bien souvent, imperceptibles.

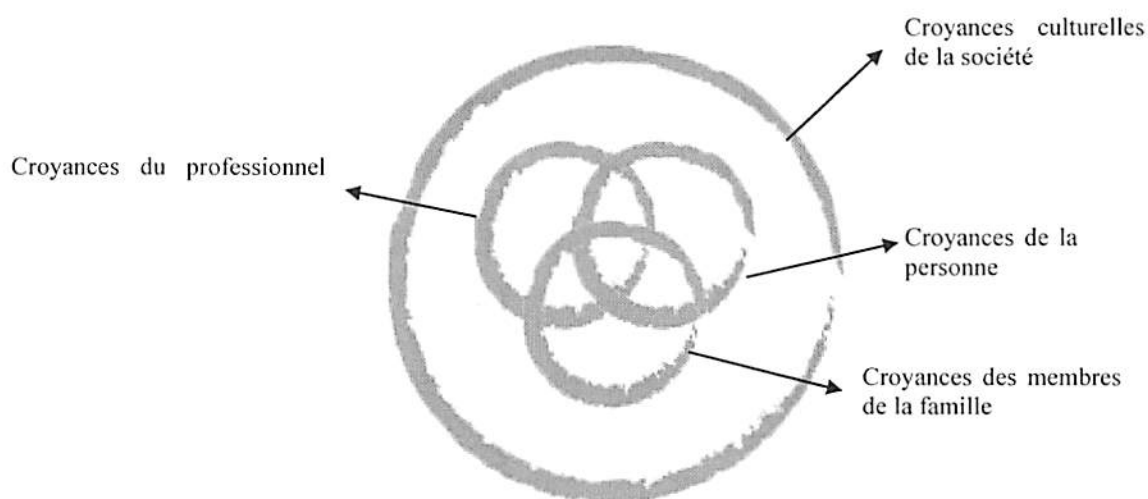


Figure 1. Symbole du modèle «Illness Beliefs» adapté du modèle de Wright et Bell (2009).

Il est reconnu par les auteures que ces croyances fondamentales peuvent être facilitantes ou contraignantes dans « la manière dont elles influencent les vies, les relations interpersonnelles, les comportements, la souffrance dans la maladie et la guérison » [traduction libre] (Wright & Bell, 2009, p.10). La souffrance ci-haut mentionnée, insérée dans un contexte de maladie peut être à la fois « physique, émotionnelle, relationnelle, spirituelle et/ou toutes les quatre » [traduction libre] (Wright & Bell, 2009, p.275). L'angle utilisé pour qualifier les croyances n'est donc pas d'opposer de fausses croyances à des croyances adéquates, mais plutôt de vérifier si ces croyances sont aidantes ou non dans le contexte unique d'une personne (Wright & Bell, 2009).

Quand une croyance limite les possibilités d'un individu à résoudre des problèmes, à trouver des solutions, à relever des défis et augmente la sensation de souffrance, Wright et Bell (2009) la qualifient de contraignante. Les croyances facilitantes, quant à elles, ouvrent de nouvelles possibilités, allègent la souffrance vécue par la personne et mènent davantage vers un processus de guérison et de changement. Bien qu'issue du jugement clinique du professionnel de la santé, l'évaluation de ces types de croyances est un acte de collaboration dynamique entre le professionnel de la santé et la personne. Suite à l'identification des types de croyances, l'objectif du professionnel sera d'initier un changement thérapeutique afin de renforcer les croyances facilitantes et de mettre au défi les croyances contraignantes.

Dans le cadre de cette étude, l'objectif principal n'est pas d'initier un changement thérapeutique, mais bien de décrire une expérience humaine. Ainsi, lors de l'analyse de données, l'auteure identifie les croyances issues du discours des infirmières et les classe selon qu'elles sont facilitantes ou contraignantes dans l'expérience d'accompagnement de femmes en contexte d'IG.

Modèle écologique du développement humain

Le second élément du cadre de référence de cette étude est le modèle écologique de développement humain de Bronfenbrenner. Ce cadre conceptuel et opérationnel, développé dans les années 70 se voulait une réplique aux spectres de recherche restrictifs de la psychologie du développement de l'époque, qui s'intéressaient davantage aux

phénomènes de développement anormaux plutôt qu'aux contextes de la vie quotidienne (Bronfenbrenner, 1994). Bronfenbrenner est connu principalement pour ses écrits portant sur l'approche écologique auprès des enfants et de leurs familles (Bronfenbrenner, 1994). Ce modèle conceptuel guide le développement du guide d'entrevue et l'analyse des données.

Deux propositions sous-tendent ce modèle écologique. La première affirme que :

Spécialement dans ces phases primitives, et même tout au long de la vie, le développement humain s'exprime par des processus d'interactions réciproques, qui progressivement se complexifient, entre un organisme humain biopsychologique actif et évolutif et des personnes, des objets et des symboles de son environnement immédiat [traduction libre] (Bronfenbrenner, 1994, p.38).

Ces interactions décrites par Bronfenbrenner (1994), pour être significatives, doivent se produire sur une base régulière et ce, pendant une certaine période de temps. Aussi, lorsque ces interactions significatives se produisent dans l'environnement immédiat, elles deviennent des processus proximaux. Pour les infirmières qui travaillent en contexte d'IG, ces processus proximaux qui interviennent dans leur développement personnel et professionnel peuvent se retrouver dans les interactions qu'elles ont avec les femmes, les membres de leur entourage et leur partenaire, leur propre réseau (famille, amis, collègues infirmières), et les autres intervenants de leur milieu de travail. Le modèle de Bronfenbrenner aide donc à comprendre à la fois comment les interactions

des infirmières avec les femmes agissent comme des processus proximaux mais aussi comment ces mêmes interactions peuvent contribuer au développement des infirmières.

La deuxième proposition détaille les forces dynamiques impliquées au cœur des processus proximaux :

La forme, la force, le contenu et la direction des processus proximaux qui affectent le développement varient systématiquement selon les caractéristiques de la personne en développement, l'environnement (immédiat et éloigné) à l'intérieur duquel les processus prennent place et la nature des résultats développementaux sous observation [traduction libre] (Bronfenbrenner, 1994, p.38).

Pour les infirmières, ces processus proximaux sont en fait les relations qu'elles tissent dans le cadre de leur travail et qui sont teintées de leurs propres valeurs, connaissances et expériences de vie. En raison de l'interdépendance des deux propositions, certains auteurs se réfèrent au modèle de Bronfenbrenner comme étant un modèle « processus-personne-contexte-temps » (Bronfenbrenner, 1994).

La caractéristique principale du modèle écologique de Bronfenbrenner reste cependant sa conceptualisation graphique de l'environnement depuis la perspective de la personne en développement (Bronfenbrenner, 1994). La schématisation du cœur du modèle se fait donc par la représentation de cinq systèmes emboîtés les uns dans les autres, à la manière de poupées russes (Bronfenbrenner, 1994) (Figure 2).

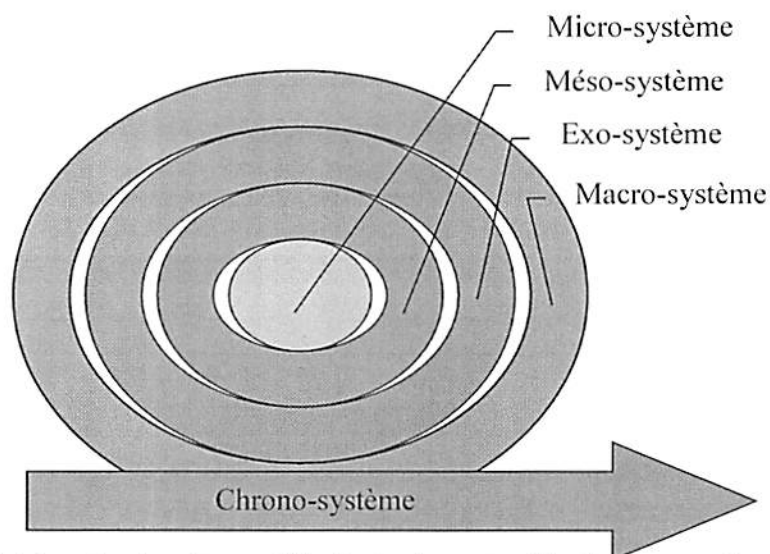


Figure 2. Schématisation du modèle écologique du développement humain librement inspiré du modèle écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1994).

Le micro-système

Le premier système, le micro-système, est le plus près de la personne en développement et contient les structures avec lesquelles elle a le plus d'interactions (selon la définition mentionnée ci-haut) (Ryan & Paquette, 2001). Ces structures (ou milieux) peuvent être pour une infirmière qui accompagne des femmes en contexte d'interruption de grossesse, par exemple, la cliente et les membres de son entourage, le milieu de soins, son propre réseau social (famille, amis et collègues) et comprennent systématiquement un certain nombre d'activités, de rôles sociaux et de relations interpersonnelles (Bronfenbrenner, 1994; Ryan & Paquette, 2001). Au niveau du micro-système, la particularité des interactions est qu'elles sont complexes, qu'elles ont un grand impact sur la personne et que ses influences sont bi-directionnelles (i.e que la

personne est influencée par son environnement proximal autant que celui-ci peut l'influencer) (Bronfenbrenner, 1994; Ryan & Paquette, 2001).

Le méso-système

Le méso-système est, selon Bronfenbrenner (1994), « un système de micro-systèmes » (p.40). Cela se traduit par les relations et les processus qui s'opèrent entre différentes structures du micro-système (Bronfenbrenner, 1994; Ryan & Paquette, 2001). La relation que développe l'infirmière avec une femme et son conjoint pourrait donc constituer un exemple d'un méso-système.

L'exo-système

La troisième composante du modèle, l'exo-système, « définit le système social plus large, dans lequel [la personne en développement] n'évolue pas directement» [traduction libre] (Ryan & Paquette, 2001). Toutefois, les liens et les processus que contient l'exo-système ont une influence directe sur la personne en développement (Bronfenbrenner, 1994; Ryan & Paquette, 2001). Par exemple, l'on pourrait s'intéresser ici, aux implications qu'a l'accès aux services d'IG au Québec ou au Brésil pour le travail des infirmières.

Le macro-système

Le macro-système est une unité plus ou moins abstraite qui insère les micro, méso et exo systèmes dans une culture ou sous-culture donnée (Bronfenbrenner, 1994; Ryan &

Paquette, 2001). On fait ici référence, par exemple, aux valeurs, aux croyances, aux coutumes, aux connaissances, aux lois, aux ressources matérielles et humaines et qui auront des retombées sur les précédents systèmes. Bronfenbrenner (1994) souligne la nécessité de reconnaître ces éléments spécifiques du macro-système et d'en explorer les retombées sur le micro-système. Par exemple, cette étude examine entre autres l'influence du contexte légal (accès aux services, description des services et procédures) et culturel (valeurs, coutumes, croyances, connaissances) sur l'expérience des infirmières québécoises et brésiliennes d'accompagner des femmes dans un contexte d'IG.

Le chrono-système

Enfin, le dernier paramètre de ce grand système « transporte l'environnement dans une troisième dimension » (Bronfenbrenner, 1994, p.40). Le chrono-système va au-delà de l'âge physiologique et se réfère aux changements ou aux constantes reliés à la personne elle-même, mais aussi à l'environnement dans lequel la personne vit (Bronfenbrenner, 1994). Sont liées au chrono-système, la dimension interne (par exemple, l'expérience professionnelle et personnelle de l'infirmière au moment où elle fait le choix de travailler auprès d'une clientèle en demande d'IG) et la dimension externe (par exemple, en quelle année l'infirmière a pratiqué des IG au Québec) (Ryan & Paquette, 2001).

Enfin, Bronfenbrenner ajoute au fil du temps une dernière préoccupation afin de rendre son modèle plus congru quant aux systèmes de développement humain. Par conséquent, l'héritage génétique de la personne en développement doit être considérée comme le premier environnement qui a permis le développement (Bronfenbrenner, 1994; Ryan & Paquette, 2001). La reconnaissance de la biologie comme élément fondateur de la personne en développement, mène aussi Bronfenbrenner à se questionner sur la manière d'exploiter à sa juste valeur tout le potentiel génétique d'un individu (plus particulièrement au cours de l'enfance) par l'exposition à des processus proximaux stables, des ressources, des politiques sociales et des programmes ciblés (Bronfenbrenner, 1994).

En somme cette deuxième section du contexte théorique permet de clarifier les bases théoriques qui guident cette étude. Le modèle «Illness Beliefs» permet de relever les croyances facilitantes et contraignantes alors que le modèle écologique du développement humain insuffle une vision systémique au récit des 19 participantes. Le prochain chapitre met en lumière le processus méthodologique sous-tendant le déroulement de la recherche.

Méthode

Ce troisième chapitre porte sur le processus méthodologique qui permet à l'auteure d'atteindre le but de son activité de recherche : décrire et comprendre l'expérience d'infirmières d'accompagner des femmes en contexte d'IG dans deux différents environnements sociaux, politiques, culturels et linguistiques soit le Québec et le Brésil. D'abord les éléments appartenant à la méthode qualitative de type phénoménologique sont décrits. Ensuite, la description des milieux, de l'échantillon, des outils de collecte de données et du déroulement de l'étude suivent. Finalement, les critères d'inclusion et d'exclusion, les considérations éthiques et les forces et les limites de l'étude sont discutés. Les documents portant sur le choix de la direction de mémoire et de l'approbation du projet de recherche par l'université d'attache se trouvent en appendices A et B.

La philosophie phénoménologique

La phénoménologie comme mouvement philosophique et comme méthodologie de recherche (Burns & Grove, 2009; Moreira, 2002), supporte de multiples éléments de cette étude. Elle dirige les différentes composantes méthodologiques de la collecte de données et de l'analyse, en étant l'essence même de l'étude d'un phénomène unique. Sont discutés dans cette section, les éléments philosophiques et méthodologiques de la phénoménologie.

Le terme « phénoménologie » fut utilisé pour la première fois par le mathématicien, astronome, physicien et philosophe Johann Heinrich Lambert (1728-1777) et fut repris, par la suite, dans un sens tout autre, par le philosophe allemand Hegel (1770-1831) (Moreira, 2002; Pokladek, 2004). Toutefois, c'est dans l'œuvre d'Edmund Husserl (1859-1938) que naît cette science fondamentale qui se veut un renouveau philosophique au début du vingtième siècle (Moreira, 2002). La phénoménologie innove, en laissant de côté les assises métaphysiques et abstraites de l'époque, pour des préoccupations se rattachant aux expériences humaines. Le mathématicien et philosophe Husserl, cherche par la phénoménologie à amenuiser la distance entre « apparaître et être, entre apparaître et connaître » [traduction libre] (Pokladek, 2004, p.39). Différents auteurs ont aussi nourri cette science et participé à son développement conceptuel et méthodologique, notons entre-autres : Sartre, de Beauvoir, Marcel, Merleau-Ponty, Levinas, Heidegger, Brentano et Strumpf (Moreira, 2002; Bruns & Holanda, 2003; Pokladek, 2004; Speziale & Carpenter, 2007)

Étymologiquement, c'est la notion de phénomène que l'on retrouve au centre de cette science. Ce concept est décrit, dans sa définition élargie, comme « tout ce qui apparaît, se manifeste ou se révèle être vrai pour soi » [traduction libre] (Moreira, 2002, p.63). Cependant, la notion de « phénomène » reste le point névralgique de l'étude de la phénoménologie, car l'on confère plus d'un sens à ce mot. Les explications détaillées des divers auteurs, dont Husserl, laissent entendre que le « phénomène » est générateur de connaissances (par l'apparence d'une expérience dans la conscience) et rassemble

toutes les manières d'être conscient de quelque chose (physique ou pas) ce qui inclut les sentiments, les pensées, les désirs et les envies (Moreira, 2002).

La représentation du phénomène mène à la définition que Speziale et Carpenter (2007) donnent à la phénoménologie : « une science qui a pour but de décrire un phénomène en particulier ou l'apparence des choses en tant qu'expériences vécues » [traduction libre] (p.76). Burns et Grove (2009) concordent en affirmant que cette science décrit « des expériences (ou phénomènes) comme ils sont vécus » [traduction libre] (p.54). Ainsi, s'il n'existe pas de réalité unique (Burns & Grove, 2009), le chercheur devra décrire la quotidienneté et l'ensemble des expériences (objets, personnes, évènements) considérées comme importantes et vraies pour un individu (Speziale & Carpenter, 2007). Dans le contexte de cette étude, le phénomène sous observation est l'expérience multiaxiale de l'IG (comporte des sentiments, des perceptions, des acteurs, des services) telle que vécue par certaines infirmières (qui se portent volontaires pour décrire des éléments de leur parcours professionnel).

Au fil du temps et des auteurs, différents principes semblent être déterminants pour la définition même de la phénoménologie dans ses axes philosophiques et méthodologiques : la conscience, l'intentionnalité, l'essence, l'intuition, l'être-dans-le-monde et la réduction phénoménologique. Ce dernier concept sera discuté dans la section portant sur la méthodologie phénoménologique.

D'abord, la conscience et l'intentionnalité sont deux concepts intimement liés. En fait, comme la conscience est intentionnelle (Moreira, 2002), l'intentionnalité devient une caractéristique de la conscience: « La conscience est toujours la conscience de quelque chose » [traduction libre] (Moreira, 2002, p.85). La conscience se définit comme une activité qui se modèle à partir d'opérations abstraites telle que la perception, l'imagination, la croyance, la volition et la passion (Moreira, 2002). Giorgi (1997) résume la pensée d'Husserl, concernant l'intentionnalité, en affirmant que tout acte de la conscience a une intention, un but qui transcende l'acte. Ce but peut nous être conscient ou inconscient, avec ou sans lucidité (Giorgi, 1997)

Tout comme les précédents concepts, la compréhension de l'intuition et de l'essence se fait de façon concertée. L'essence représente l'unité de base de la compréhension de quelconque phénomène, sans laquelle le phénomène lui-même ne peut être réfléchi (Speziale & Carpenter, 2007, Moreira, 2002). Moreira (2002) rappelle que l'essence se rapporte au sens idéal ou à la vérité de quelque chose et qu'elle fournit une compréhension commune au phénomène à l'étude. La connaissance des essences est l'intuition ; une intuition différente de celle qui nous permet de saisir des faits singuliers (Moreira, 2002). Ce processus intuitif, est une interprétation très poussée de ce qui se dégage de la description d'un phénomène sous investigation (Speziale & Carpenter, 2007). Moreira (2002) affirme, enfin, que le cœur de la phénoménologie est ce qui est donné uniquement par l'intuition, sans l'appui de toute autre forme de savoir.

La schématisation conceptuelle de la phénoménologie ne saurait être complète sans le plus important et le plus complexe concept émanant de l'œuvre d'Edmund Husserl : le monde de la vie aussi nommé être-dans-le-monde, incarnation et *lifeworld* (Beyer, 2011; Meyor, 2005; Munhall, 1989; Zelić, 2009). Zelić (2008) dans son essai sur la phénoménologie du monde de la vie, explique qu'à ce jour ce terme reste extrêmement équivoque. En effet, dans les écrits de Husserl et de ses héritiers, on retrouve des descriptions variées et contradictoires, mais dont les significations sont les prémisses des contextes sociaux, culturels et historiques desquels elles sont issues (Zelić, 2009). Beyer (2011) énonce, quant à lui, que de façon générale, le monde de la vie peut être compris de deux façons compatibles et compossibles : du point de vue de croyances et de «quelque chose qui socialement, culturellement ou de manière évolutive (mais jamais abstraite) met en place un sens ou une signification» (Beyer, 2011). En somme, le monde de la vie c'est le monde tel qu'on le perçoit, tel qu'il nous est donné de ressentir, mais aussi le monde que l'on partage avec d'autres (en utilisant un système de sens et de significations communs) (Beyer, 2011; Zelić, 2008). Enfin, dans une formule qui englobe les explications précédentes, Munhall (1989) explique que c'est par l'utilisation des sens qu'un individu accède à la conscience d'être dans le monde. Le monde de la vie, dans cette étude, peut être à la fois les contextes socio-culturels desquels proviennent les participantes mais aussi l'expérience (le monde) qu'elles partagent avec d'autres femmes, c'est-à-dire, l'interruption d'une grossesse.

La méthodologie phénoménologique

La phénoménologie, comme méthode, vise à décrire, à expliquer, voir même à découvrir le sens unique d'un phénomène vécu. Cette méthodologie s'associe facilement à un devis de recherche qualitatif puisqu'en explorant une expérience de vie, le phénoménologue ne cherche pas à établir des liens causals ou des statistiques au sujet des données recueillies (Burns & Grove, 2009; Speziale & Carpenter, 2007), mais plutôt à générer des connaissances par le biais d'une expérience sociale qui a un sens réel pour des individus (Speziale & Carpenter, 2007). La description de l'expérience des infirmières d'accompagner des femmes en contexte d'interruption de grossesse se fera donc en fonction de facteurs tels que la culture, le milieu de soins et les perceptions ainsi que les croyances de l'infirmière face à cette intervention. L'approche phénoménologique permet d'approfondir ce thème tout en proposant une interprétation holistique de la problématique.

Dans le cadre de cette recherche, la méthode utilisée est celle inspirée par les écrits de Husserl et développée par Giorgi (1997). Ce dernier propose une approche descriptive rigoureuse centrée sur l'expérience humaine et constituée de trois éléments fondamentaux et interdépendants : la description et la recherche des essences et la réduction phénoménologique (Giorgi, 1997).

Élaborée par Husserl et déclinée par divers auteurs, la réduction phénoménologique permet de préciser la réalité d'un individu (Giorgi, 1997). Il existe deux types de

réduction qui, ensemble, forment la méthode phénoménologique : la réduction phénoménologique (ou transcendantale) et la réduction eidétique. Le premier type de réduction présenté ici est la réduction phénoménologique ou epoché. Ce dernier vocable, issu de la philosophie grecque, signifie la « suspension du jugement » (Moreira, 2002) et s'accorde avec l'étymologie latine de la transcendantalité, soit « d'aller au-delà ou d'outre passer [traduction libre] » (Moreira, 2002, p.87). De manière imagée, le chercheur doit mettre entre parenthèses ses croyances, ses doctrines, ses connaissances antérieures et ses opinions afin d'examiner les contenus de la conscience simplement comme des données (Moreira, 2002). Selon Giorgi (1997) le phénoménologue doit initialement « mettre de côté ses connaissances antérieures concernant le phénomène rencontré afin d'être totalement présent à l'accueillir tel qu'il est dans une situation donnée » [traduction libre]. Cette suspension n'est pas une négation de notre propre existence ou de notre réalité, mais elle les altère puisque le chercheur, lors de la collecte de données, ne doit pas analyser le phénomène comme il le ferait naturellement (avec son attitude de la vie de tous les jours) mais plutôt avec un regard naïf (Giorgi, 1997; Moreira, 2002).

Ainsi, la réduction phénoménologique permet de retourner à la source même du phénomène en se libérant le plus possible, comme chercheur, de présuppositions conceptuelles, de croyances ou autres idées préconçues (Speziale & Carpenter, 2007). Faire de la réduction c'est donc tenter d'isoler le phénomène tel que vécu par l'individu (Speziale & Carpenter, 2007). Cet élément particulièrement important, invite l'auteure

de cette étude à mettre de côté un ensemble de connaissances et d'idées préconçues au sujet de l'IG (par exemple, l'illégalité de l'acte au Brésil, les positions idéologiques des partis politiques canadiens, l'accès au service, l'aspect secret de cette expérience, etc.) afin de se centrer sur l'expérience unique de la participante qui accepte de partager son histoire.

Deuxièmement, la réduction eidétique, comme deuxième portion de cette méthodologie, s'intéresse essentiellement à l'essence ou aux essences du phénomène. C'est par ce type de réduction que le chercheur pourra mener à bien la description et la recherche des essences. Ainsi, bien qu'elle se présente comme intangible, l'essence serait en fait «le sens le plus invariable d'un contexte [...] l'articulation, fondée sur l'intuition, d'un sens fondamental sans lequel un phénomène ne pourrait se présenter tel qu'il est » [Traduction libre] (Giorgi, 1997). Pour découvrir les essences, Giorgi (1997) suggère aux chercheurs de recourir à une méthode plus naturelle, c'est-à-dire la variation imaginaire et libre. Pour ce faire le chercheur «change librement certains aspects ou éléments d'un phénomène ou d'un objet puis vérifie si ce phénomène demeure reconnaissable malgré les éléments changés» [Traduction libre] (Giorgi, 1997). La particularité de la réduction eidétique indique que le chercheur doit se représenter ce qui est essentiel des expressions spécifiques du phénomène à partir de sa perspective disciplinaire (Giorgi, 1997). C'est donc d'un regard infirmier et avec l'intention de nourrir les savoirs et les pratiques des infirmières que l'auteure présentera les résultats de cette étude. Giorgi (1997), met toutefois le chercheur en garde du critère scientifique

le plus difficile à atteindre dans ce volet de la réduction : la connaissance générée par la réduction doit être générale et universelle. Toutefois, compte tenu de l'importance majeure du contexte et du contenu de l'expérience partagés par les participants, il est difficile de pouvoir généraliser les résultats. Pour atteindre l'universalité, il faudrait faire appel à un haut niveau d'abstraction or, selon Giorgi, cela entraînerait l'appauvrissement certain des résultats. Ainsi, il vaut mieux être respectueux du phénomène tel qu'il nous est présenté que de tenter de clarifier son ambiguïté et de ne plus refléter son essence (Giorgi, 1997).

En conclusion, inspirée par les écrits de Bachelard, Meyor (2005) traduit bien les défis de l'application de la phénoménologie comme méthode de recherche scientifique et comme cadre philosophique :

Accueillir le phénomène dans sa totalité, c'est donc aussi bien rendre compte du sens qui s'en dégage que des impressions, sentiments, mouvements, volumes, etc., qui modalisent nécessairement son apparaître [...] La réceptivité du phénomène par le phénoménologue se limite trop souvent à la dimension formelle. Et même lorsqu'il fait l'effort de restituer le phénomène dans son déploiement, trop souvent il cristallise le sens du phénomène dans un langage conceptuel, négligeant voire omettant la dimension dynamique qui constitue pourtant une modalité essentielle — et première pour certains phénomènes — de l'expérience humaine. (p.31)

C'est dans cet esprit de subjectivité que, dans le cadre de cette étude, l'auteure s'approximera de participantes volontaires pour décrire leurs expériences d'accompagner des femmes en contexte d'interruption de grossesse.

Le milieu

Cette étude multicentrique se déroule sur deux sites. Le premier site est au Québec dans la ville fusionnée de Gatineau dans la région du sud-ouest de la province de Québec (Canada) qui compte environ 350 000 habitants et dont la principale économie est liée à la fonction publique fédérale. Le partenaire principal dans le recrutement d'infirmières est le département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

Le deuxième site se situe au Brésil dans l'état de Rio Grande do Sul, plus spécifiquement dans la ville historique de Rio Grande. Environ 195 000 habitants occupent le territoire et y parlent quasi-uniquement le portugais, bien que les activités portuaires puissent modifier le paysage linguistique par moments. L'économie effervescente de cette ville est principalement associée à celle du port, l'un des plus importants du Mercosul. L'ensemble des activités de recherche s'est fait avec la collaboration de l'Université fédérale de Rio Grande (FURG) et de son hôpital universitaire (HU). Le choix de ce centre pour compléter la collecte de données est expliqué, entre autres, par l'existence d'une entente de collaboration internationale entre l'UQO et la FURG, mais aussi par une certaine connaissance, par l'auteure, du milieu et de la langue parlée (i.e. le portugais). Aussi, le Brésil présentait suffisamment de caractéristiques sociales, politiques, culturelles et linguistiques différentes du Québec pour possiblement offrir une vision différente de l'expérience des intervenants l'IG.

La population cible

La population cible de cette recherche consiste en l'ensemble des infirmières et infirmiers ayant une expérience de travail auprès de femmes en contexte d'interruption de grossesse dans les deux milieux mentionnés plus haut.

L'échantillonnage

Dans le cadre d'une recherche qualitative de type phénoménologique l'échantillonnage par choix raisonné est certainement l'un des plus utilisé et suggéré par les auteurs (Moreira, 2002; Speziale & Carpenter, 2007). Savoie-Zajc (2007) indique que lors de l'échantillonnage, le chercheur fait un choix intentionnel de son unité d'analyse. Ce choix raisonné aura donc pour objectif de faire la sélection de candidats susceptibles de vouloir témoigner de leurs connaissances et de leur expertise d'un phénomène particulier, c'est-à-dire l'expérience d'accompagnement de femmes en contexte d'IG dans différents environnements socio-culturels. (Moreira, 2002; Speziale & Carpenter, 2007).

La taille de l'échantillon est toujours source de débat quand il s'agit d'atteindre ou non la saturation des données. D'abord, Moreira (2002) rappelle que dès 1982 Sanders suggérait aux chercheurs phénoménologues d'apprendre à travailler en profondeur avec un échantillon variant de trois à six participants en indiquant que la quantité n'est pas synonyme de qualité. Speziale et Carpenter (2007), quant à eux, suggèrent de continuer la collecte de données jusqu'à ce qu'aucun nouveau thème émerge ou que les données se

répètent, c'est-à-dire jusqu'à saturation. Ces auteurs rapportent aussi les propos de Morse (1989) qui déclare que la saturation est un mythe puisqu'un autre groupe de participants témoignant sur le même sujet mais dans un autre espace-temps auraient certainement fait surgir de nouvelles données et de nouveaux thèmes. Afin de rallier les différents points de vue exprimés par les auteurs, l'auteure a choisi un groupe hétérogène de participants où les milieux et les époques de travail en contexte d'IG étaient variés (ex. milieu scolaire, CLSC, travail actuel, travail antérieur, etc.). L'auteure a cessé les entretiens lorsque ceux-ci ont échoué à apporter de la nouvelle information. Les données recueillies ont donc émergé du témoignage de dix infirmières québécoises et neuf infirmiers et infirmières brésiliens.

Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les participants recherchés dans le cadre de cette étude doivent répondre à un certain nombre de critères d'inclusion. Ainsi, l'auteure est à la recherche d'infirmiers ou d'infirmières possédant au minimum un an d'expérience et ayant travaillé ou travaillant actuellement en contexte d'interruption de grossesse et ce dans divers environnements de travail (centre hospitalier, communautaire, scolaire, etc.). Ils doivent être volontaires à participer à une étude portant sur leur expérience de l'interruption de grossesse et être en mesure de s'exprimer à l'oral en français ou en portugais afin de faciliter la communication avec l'auteure. Un seul critère d'exclusion est spécifique aux infirmières québécoises. En effet, les expériences dont parlent les intervenants doivent s'être déroulées après 1988, soit après la légalisation de l'IG au Canada. Avant cette période

nous émettons l'hypothèse qu'il aurait pu y avoir une certaine similitude dans les éléments du macro et du méso système des deux sites.

Le déroulement de la recherche

Bien que le déroulement de cette étude ait été dupliqué dans deux milieux distincts (le Québec puis le Brésil), il fut somme toute assez similaire. Cette section fait état des différentes étapes de l'étude.

Le recrutement des participants

La caractéristique multicentrique de ce projet de recherche amène nécessairement des activités de recrutement indépendantes et variées dans l'approche. Ainsi, en Outaouais, la première vague de recrutement a pris forme à l'Université du Québec en Outaouais où deux affiches furent épinglées sur les murs du département des sciences infirmières et un courriel de groupe visant les infirmières-étudiantes circula afin de faire connaître le projet et d'intéresser de futures participantes. Cela a permis de recruter près de la moitié des participantes au projet de recherche. Afin de varier les expériences partagées, d'autres infirmières connues de la chercheure pour leurs expériences variées en contexte d'IG furent approchées par la méthode dite «de réseaux» aussi nommée «boule de neige» (Burns & Grove, 2009; Speziale & Carpenter, 2007). Ces infirmières ont par la suite suggéré la participation d'autres infirmières qui correspondaient potentiellement aux critères d'inclusion de la recherche.

Au Brésil, le même processus d'échantillonnage par effet «boule de neige» s'est appliqué. Dre Santos da Silva, professeure à l'école des sciences infirmières de la FURG, par sa connaissance du milieu et la relation de confiance qu'elle entretient avec les cadres du milieu hospitalier, a identifié des infirmières occupant un poste clé quant aux soins offerts aux femmes hospitalisées suite à des complications de leur interruption de grossesse. Ces infirmières œuvrant dans le secteur de l'obstétrique, de la néonatalogie et de la santé mentale ont elles-mêmes référé des infirmières de leur milieu qui étaient susceptibles de consentir à participer à cette recherche. Aussi, suite à la présentation du projet faite dans le cadre d'une activité de formation continue offerte aux membres du personnel soignant de l'hôpital universitaire, une infirmière a communiqué son intérêt à partager son expérience.

Ainsi, à tout moment dans le processus de recrutement, lorsqu'une personne manifeste son intérêt à participer à cette étude, l'auteure prend contact avec elle pour lui expliquer en personne ou au téléphone le contexte de l'étude, les objectifs ainsi que le déroulement des entrevues et pour répondre à ses questions. Suite à cette première étape et à l'accord verbal du participant, une date et un lieu est convenu pour procéder à l'entrevue. L'entrevue, au choix des participants, peut avoir lieu à domicile, dans le milieu de travail ou dans un local désigné à l'université (la bibliothèque ou un local de recherche). Le seul impératif est que l'endroit choisi respecte les normes de confidentialité et qu'il y ait peu de bruits environnants afin de ne pas nuire à la captation de l'entrevue par les magnétophones. Lors de cette rencontre, l'auteure prend le temps

de remercier le participant pour sa présence et, par la lecture du formulaire de consentement à voix haute, revoir les objectifs du projet de recherche et les conditions de participation. Ce formulaire (Appendice D), que doivent signer le participant et l'auteur, explique les bénéfices, les risques et les conséquences du projet de recherche, ainsi que les principes de participation volontaire, de restriction, de retrait et de confidentialité. Un code alpha-numérique est alors attribué aux participants afin d'assurer l'anonymat et la confidentialité des données. Bien entendu, le formulaire présenté aux infirmières et infirmiers brésiliens est traduit en portugais. À la suite de la signature du formulaire de consentement, les deux parties procèdent à l'entrevue.

Les instruments de collecte de données

L'instrument premier de la collecte de donnée dans le cadre d'une recherche de nature phénoménologique est le chercheur lui-même (Speziale & Carpenter, 2007). Il est le facilitateur entre sa propre intention et l'expérience d'un individu. Pour avoir accès au riche discours des individus ayant fait l'expérience d'une situation donnée, le chercheur utilise majoritairement l'entrevue. Cette activité qui a pour but de mettre en mots une expérience est la première étape de la transformation phénoménologique telle que décrite par Reinharz (1983). La caractéristique principale des entrevues inspirées de la méthode phénoménologique est que le cadre n'est pas rigide et structuré (Burns & Grove, 2009; Moreira, 2002; Speziale & Carpenter, 2007). Les frontières souples d'une entrevue semi-structurée, s'actualisent par des questions ouvertes dont certaines seront

prédéterminées par l'intervieweur et par des questions d'éclaircissement selon le récit du participant (Burns & Grove, 2009; Moreira, 2002; Speziale & Carpenter, 2007).

Dans le cadre de cette recherche, des guides d'entrevues semi-structurés sont utilisés pour les deux sites de collecte de données. Ces guides comprennent chacun environ une vingtaine de questions ouvertes qui servent de lignes directrices à l'auteure lors de l'entrevue avec le participant. Afin d'être cohérent avec la culture environnante, le guide québécois a été adapté au plan de la formulation des questions (Appendice E) pour s'ajuster à la réalité brésilienne de l'interruption de grossesse. Bien que les questions spécifiques élaborées dans les deux guides soient quelque peu différentes, les principaux thèmes sont communs : présentation de l'intervenante et de son rôle, perceptions de l'avortement et perceptions des services de soins. Il est à noter que les entrevues se déroulant au Brésil ont été menées en portugais par l'auteure. Celle-ci possède une maîtrise suffisante de cette langue pour accueillir le témoignage des intervenantes sans l'interférence d'une tierce personne qui pourrait altérer en partie la qualité et la nature de l'échange.

La durée moyenne des entrevues est de 45 minutes. Celles-ci se déroulent dans un local fermé de l'UQO ou de la FURG, les 19 infirmières ayant choisi les locaux universitaires pour leurs entrevues. Elles sont enregistrées sur bande audio (cassette ou numérique), en deux copies distinctes, pour diminuer le risque de perte de données et sont par la suite retranscrites en mots-à-mots. Pour les entrevues brésiliennes, l'auteure

compte sur l'aide d'une étudiante en sciences infirmières pour effectuer une transcription juste. Selon Speziale et Carpenter (2007) l'entrevue utilisant des questions ouvertes, l'enregistrement sur bandes audio et la transcription en mots-à-mots sont autant de façons de générer des données exactes.

En première partie de l'entrevue s'ajoute aussi un questionnaire socio-démographique qui permet de dresser un portrait global des intervenantes ayant acceptées de participer à la recherche. Les principales questions portent sur le genre, l'âge, le domaine d'activité et la fonction exercée par cet intervenant dans le cadre de services d'IG (Appendice F).

Les considérations éthiques

Cette recherche a reçu l'aval du Comité d'éthique à la recherche de l'Université du Québec en Outaouais et du Comité d'éthique de l'Université fédérale de Rio Grande (FURG) (Appendice C). La demande pour le Comité d'éthique de la FURG a été rédigée en portugais, selon les normes de présentations exigées, avec la précieuse collaboration de P^{ra} Mara Régina Santos da Silva. Les règles éthiques concernant la confidentialité, l'anonymat, la divulgation, la diffusion des données, le consentement libre et éclairé du participant et les droits du participant sont conformes avec les politiques des comités d'éthique à la recherche précédemment cités et des standards d'éthique du FRSQ et du CRSH, organismes subventionnaires de cette étude. Le formulaire de consentement, lu et signé avec le participant avant le début de l'entrevue, comprenait les informations

relatives au projet de recherche, aux tâches attendues du participant, à la confidentialité et aux risques et aux bénéfices associés à leur participation (Appendice D).

À cet effet, seul un risque psychologique minimal, manifesté par un inconfort passager vis-à-vis de certaines questions d'ordre personnel, était prévisible durant ou à la suite de l'entrevue. Ainsi, si l'évocation de leur expérience menait à un tel inconfort, les participants étaient invités à en faire part à la chercheuse ou à ne pas répondre aux questions qui les rendaient inconfortables. Ils pouvaient, au besoin, être référés à des ressources pertinentes pour la situation. Néanmoins, le participant, par sa contribution au projet de recherche, avait l'opportunité de faire le point sur sa pratique en contexte d'IG, d'exprimer ses besoins spécifiques et les éventuelles difficultés qu'il rencontrait à travers cette expérience.

L'analyse des données

Le processus qui mène à l'analyse des données recueillies comporte, selon Giorgi (1997), cinq étapes : la collecte des données verbales, la lecture des données, la division des données en différentes unités significatives, l'organisation et l'expression des données selon une perspective disciplinaire et la synthèse des données. La réduction phénoménologique (transcendantale et eidétique) guide ce processus de recherche des essences tel que décrit ci-après.

La collecte des données verbales

La méthode phénoménologique suggère un recueil des données sous forme de monologue descriptif de la part du participant, d'entrevue ou des deux techniques. Il est important cependant que les questions qui mènent le participant à se raconter soient ouvertes. Tel que détaillée plus haut, la technique choisie dans le cadre de cette étude fut celle de l'entrevue semi-structurée. Un guide d'entrevue a été créé dans le but de donner des pistes de questions à l'intervieweur, mais il n'a pas été appliqué de façon systématique à tous les participants. En fait, des questions pouvaient être ajoutées, modifiées ou supprimées selon la description que le participant faisait du phénomène vécu. Tout au long des 19 vingt entrevues québécoises et brésiliennes on retrouve des questions telles que : «Selon vous, qui sont les femmes qui vivent l'avortement ?»; «Comment croyez-vous que l'organisation des soins et des services répond aux besoins des femmes durant cette expérience ?». La formulation de cette banque de questions a été validée auprès de chercheurs externes possédant une vaste expertise de la recherche qualitative en sciences humaines et en sciences infirmières et de l'approche phénoménologique, tout en étant sensible aux réalités brésiliennes et québécoises. Cela a permis d'assurer la cohérence avec la méthodologie choisie, mais aussi avec les deux milieux à l'étude et leur contexte culturel propre.

La lecture des données

À cette étape Giorgi (1997) rappelle l'importance de procéder à la transcription des données sous forme de mot-à-mot (ou verbatim). Il rappelle aussi que la

phénoménologie est une approche holistique et que, par conséquent, le chercheur devrait aborder les données comme un tout avant d'en commencer l'analyse. Cette étape exige de la part du chercheur plus d'une lecture afin de se familiariser avec le sens global qui émane des entrevues. De ce fait, l'auteure a procédé à de multiples lectures et relectures des entrevues brésiliennes et québécoises, non pas dans l'objectif d'en extirper des thèmes, mais davantage pour se représenter le phénomène de façon holistique. Cette lecture «intentionnelle» ne pouvait se faire sans une conscience préalable du contexte social-linguistique-culturel-politique dans lequel se sont déroulées les entrevues. Cette notion «d'être dans le monde» s'est avérée essentielle dès la préparation des guides d'entrevues, afin de reconnaître, entre-autres, la spécificité du thème de l'interruption de grossesse à travers le monde.

La division des données en différentes unités significatives

La division des données en unités significatives, troisième étape du processus analytique présenté par Giorgi (1997), est le cœur même de ce qui donne la spécificité à la méthode phénoménologique. En effet, le chercheur ne doit pas aller à la recherche de thèmes ou de concepts préétablis, mais plutôt laisser les témoignages des participants construire eux-mêmes une toile conceptuelle. Ce processus en appelle à la notion d'intuition telle que définie par la philosophie phénoménologique. L'auteure, à cette troisième étape, a donc déployé une grande ouverture d'esprit, une créativité et de la sensibilité afin de découvrir les unités de significations (formulées dans le langage du participant) émergentes des transcriptions mot-à-mot. Chaque entrevue pouvait donc

offrir un nombre différent de thèmes semblables ou non aux autres entrevues. Cette recherche intuitive s'est déroulée selon la perspective disciplinaire de l'auteure, soit la discipline infirmière.

L'organisation et l'expression des données selon une perspective disciplinaire

Lorsque les différentes unités de significations ont été découvertes, Giorgi (1997) mentionne qu'elles doivent être examinées, éclaircies, et redéfinies afin d'être cohérentes avec le langage propre à la discipline. Chacune des unités a donc été scrupuleusement révisée afin d'en dégager un sens qui pourrait s'approximer de celui d'autres unités de signification. Ce regroupement en thèmes est en fait le résultat de la transformation des propos du participant par le filtre disciplinaire du chercheur. Encore une fois, l'auteure a fait appel aux mêmes chercheurs externes (ceux ayant participé à l'évaluation des guides d'entrevues) afin de valider que la terminologie choisie pour exprimer les propos des participants (en langage courant) était aussi adéquate avec les contextes théoriques de cette étude (le modèle Illness Beliefs et le modèle écologique de développement humain).

La synthèse des données

Enfin, lorsque le chercheur s'est assuré que chaque unité de signification était en accord avec la perspective disciplinaire, il reste maintenant à discriminer ces unités en fonction de leur portée pour la discipline. Cette étape permet de dévoiler l'essence du phénomène, tel que perçue par le chercheur. C'est sous une forme structurale constituées

des différentes unités de signification que l'auteure présente donc son analyse du phénomène à l'étude soit l'expérience d'accompagnement, d'infirmières québécoises et brésiliennes, de femmes en contexte d'interruption de grossesse.

Les limites et les forces de l'étude

Les limites de cette étude sont principalement liées à l'approche méthodologique et au contexte de l'étude choisie. D'abord, la méthode d'échantillonnage (non-probabiliste par effet boule de neige) et les caractéristiques de l'échantillon peuvent nuire à la transférabilité des connaissances. En effet, les résultats sont générées par des milieux choisis par l'auteure (l'UQO et la FURG) et cette dernière a fait appel à des participants d'une façon non-aléatoire. On peut d'ores et déjà déplorer l'absence de participants masculins au Québec, bien que cela reflète peut-être la réalité de ce champ d'intervention et de la profession infirmière. Ensuite, le contexte dans lequel s'est déroulée l'étude, c'est à dire l'illégalité de cette pratique au Brésil, aurait pu constituer en soi une limite à cette étude. En effet, il reste délicat d'aborder franchement des infirmières brésiliennes pour parler d'IG, mais aussi qu'elles acceptent de livrer leur expérience. Le contact préalable avec ces participantes, l'explication du but de la recherche et l'insistance sur la notion d'anonymat et de confidentialité devinrent des enjeux importants de la collecte de données. Malgré tout, les entrevues se sont déroulées dans un esprit de collaboration et de générosité.

La force principale de cette étude est l'originalité du thème abordé. En effet, la description de l'expérience et des perceptions des infirmières à l'égard des services d'IG est quasi inexistante au Québec (voire même au Canada) et relativement pauvre à l'échelle mondiale en comparaison avec l'ampleur de cette pratique. De plus, jamais deux univers de soins aussi diamétralement opposés (en contexte d'IG) avaient été étudiés selon une perspective bioécologique afin d'offrir un large spectre d'étude des services offerts par les infirmières en contexte d'IG. Avec la mobilité des populations actuellement observée à travers le monde, cela permet aux établissements de santé et aux infirmières qui y travaillent de mieux comprendre la réalité locale de l'IG, mais aussi de bon nombre d'infirmières et de femmes que celles-ci auront peut-être la chance de côtoyer au cours de leur carrière.

En somme, le processus méthodologique choisi par l'auteure pour conduire cette étude est celui de la phénoménologie. Lors de l'analyse des résultats, cette méthode de recherche permet de guider la description et la compréhension du phénomène humain à l'étude. La description du milieu, de l'échantillon, des outils de collecte données, du déroulement de l'étude, des critères d'inclusion et d'exclusion, des considérations éthiques et des forces et des limites de l'étude a permis d'imager le squelette de cette recherche. Le prochain chapitre présente les résultats de l'analyse des entrevues réalisées auprès de 19 infirmières québécoises et brésiliennes.

Résultats

La présente section fait état des résultats de l'analyse de données visant à répondre à la question de recherche : «Comment est vécue l'expérience des infirmières québécoises et brésiliennes d'accompagner des femmes en contexte d'interruption de grossesse ?». L'analyse des résultats provenant du Québec et du Brésil est exposée suivant le processus phénoménologique proposé par Giorgio (1997) puis catégorisée à l'aide des deux cadres conceptuels choisis : le modèle «Beliefs and Illness» de Wright et Bell (2009) et le modèle écologique du développement humain de Bronfenbrenner (1994). Les croyances facilitantes et contraignantes de chacun des deux groupes d'infirmières sont donc identifiées, ainsi que les éléments du discours qui correspondent aux micro, méso, exo, macro et chrono-systèmes. La présentation de l'analyse des résultats se divise donc en quatre parties, soit la présentation du portrait des participants à l'étude, l'analyse des résultats issus des entrevues avec les infirmières québécoises, l'analyse des résultats tirés des entrevues avec les infirmières brésiliennes et finalement la mise en commun comparative des deux groupes.

Le profil des participants

Dix infirmières québécoises, huit infirmières brésiliennes et un infirmier brésilien ont participé aux entrevues de cette étude. L'âge moyen des infirmières est le même pour les deux groupes, c'est-à-dire 40 ans. Le dernier niveau de formation complété

ainsi que le secteur d'activité dans le cadre duquel ces professionnelles ont rencontré des femmes sollicitant des services d'IG ou ayant vécu une IG sont présentés dans le Tableau 1. On note que les infirmières brésiliennes sont plus scolarisées que les infirmières québécoises. Ce haut taux de scolarité est issu d'une forte culture de valorisation des études supérieures chez les infirmières brésiliennes.

Ce tableau permet d'apprécier la variété des secteurs d'activité au sein desquels une infirmière québécoise peut faire la rencontre d'une femme désirant mettre fin à une grossesse. Cela s'explique par le statut légal de l'IG au Canada, mais aussi par le rôle de proximité que les infirmières ont dans la communauté. Les infirmières brésiliennes, quant à elles, sont limitées dans leur possibilité de contact avec les femmes ayant tenté de mettre fin à leur grossesse de façon illégale. Il est à noter qu'il n'existe aucune clinique d'avortement légale dans le sud du Brésil (pour les deux exceptions prévues dans la loi). Ainsi, les femmes se présentent au centre hospitalier ou au poste de santé communautaire (service de proximité) lorsqu'elles présentent de graves signes et symptômes de détérioration suite à leur tentative d'IG. De façon générale leur parcours au centre hospitalier débute à l'urgence, puis au centre chirurgical (pour un curetage) et enfin une hospitalisation d'environ sept jours au département d'obstétrique.

Tableau 1

Portrait socio-démographique des participants

Sujet	Genre	Pays d'origine	Dernier niveau de formation complété	Secteur d'activité
Q1	F	Canada	Baccalauréat	Clinique de planning familial
Q2	F	Canada	DEC	Périnatalité (CH)
Q3	F	Canada	Baccalauréat	Scolaire (collégial) et CLSC
Q4	F	Canada	Baccalauréat	Périnatalité et petite enfance (CLSC)
Q5	F	Canada	Baccalauréat	Clinique de planning familial et pratique privée (psychothérapie)
Q6	F	Canada	DEC	Programmes d'intervention communautaire (CLSC)
Q7	F	Canada	DEC	Périnatalité (CH)
Q8	F	Canada	Baccalauréat	Périnatalité (CH) et clinique ITSS (CLSC)
Q9	F	Canada	Baccalauréat	Clinique de planning familial
Q10	F	Canada	DEC	Clinique de planning familial
B1	F	Brésil	Maîtrise	Chirurgie et obstétrique (CH)
B2	F	Brésil	Maîtrise	Clinique externe de santé mentale, obstétrique et chirurgie (CH)
B3	F	Brésil	Maîtrise et DESS	Obstétrique (CH)
B4	F	Brésil	Maîtrise	Obstétrique (CH)
B5	F	Brésil	Maîtrise	Obstétrique (CH)
B6	F	Brésil	Maîtrise et DESS	Obstétrique (CH)
B7	F	Brésil	Maîtrise	Bloc opératoire (CH)
B8	F	Brésil	DESS	Maternité (CH)
B9	M	Brésil	DESS	Chirurgie (CH)

CH= Centre hospitalier CLSC = Centre local de services communautaires (Québec)

Les infirmières québécoises

Suite à la lecture des dix transcriptions mot-à-mot d'entrevues avec les infirmières québécoises, l'auteure a fait émerger un certain nombre d'unités significatives traduites par la suite en thèmes (schématisés sous forme d'arbre à appendice G). La présente section détaille les quatre grands thèmes qui définissent l'accompagnement des infirmières auprès de femmes en contexte d'IG : (a) entrer en relation; (b) définir son rôle professionnel; (c) conjuguer avec les différentes perceptions (d) émettre une opinion critique.

Entrer en relation

Le thème «entrer en relation» inclut l'entrée en relation avec les femmes en demande de service d'IG et leurs proches et se sous-divise en cinq unités significatives. Ainsi, pour les infirmières québécoises, ce thème signifie : 1) dresser le profil, 2) être à l'écoute, 3) identifier les besoins, 4) conjuguer avec les manifestations émotives et 5) conjuguer avec les proches.

Dresser le profil. Les rapports que les infirmières entretiennent avec leurs clientes et les perceptions qu'elles ont de ces dernières occupent une large partie des entrevues québécoises. Si on considère que les perceptions qu'elles ont des femmes en demande de service sont le canevas de base des processus proximaux de leur accompagnement en contexte d'IG, il apparaît important d'exposer les représentations qu'elles se font de la clientèle et de leurs proches.

Le portrait que les infirmières québécoises se font des femmes en demande de service d'IG peut prendre origine d'observations quotidiennes ou de valeurs personnelles, comme l'illustrent les propos de la participante Q2 : «...habituellement, ceux-là qui considèrent comme un moyen de contraception, ils viennent pas à l'hôpital. Fait que ceux-là qui viennent à l'hôpital, je pense qu'ils ont vraiment jugé... De la situation, de leur vision, de leur avenir, de leur relation ...»; «Je suis pas particulièrement religieuse, mais avoir le pouvoir de vie et de mort sur quelqu'un, il faut avoir un égo et une confiance assez extraordinaire en ses moyens.»

Subséquemment, bien que le portrait qu'elles dressent de la clientèle varie légèrement d'une infirmière à l'autre, toutes affirment qu'elle est diversifiée, tant par l'âge, le statut social, que le contexte socio-économique et, de ce fait, qu'il est difficile d'établir un profil type de cette population, comme l'expliquent les participantes Q9 et Q5 :

J'ai des femmes de quatorze ans, j'ai des femmes de quarante-six ans, j'ai des femmes qui sont riches, j'ai des femmes qui sont excessivement pauvres. J'ai des femmes très éduquées, puis j'ai des femmes qui n'ont aucune éducation. J'ai des femmes qui ont déjà des enfants, j'ai des femmes qui ont pas d'enfant (Participante Q9);

...c'est souvent des filles qui sont aux études encore... Qui sont pas encore engagées, là, au niveau...Travail [...] Alors, elles préfèrent remettre à plupart... Se stabiliser avant. Y a une autre partie que le chum les a laissées dès qu'il a su qu'elle était enceinte. [...] Y en a d'autres que c'est des problèmes de drogue, aussi, d'alcool... [...] Y en a que c'est les parents qui les mettent dehors quand

ils savent qui sont enceintes. Tu sais, y a toutes sortes d'affaires [...] Des femmes aussi... Pré-ménopausées ... (Participant Q5)

Être à l'écoute. Le travail en contexte d'IG exige, selon les infirmières rencontrées, une capacité d'écoute envers les clientes qui souhaite partager leur choix de l'IG comme issue à leur grossesse. Les raisons qui sous-tendent la décision de mettre fin à une grossesse sont aussi diversifiées que la clientèle, mais, selon les infirmières québécoises rencontrées, elles découlent majoritairement d'un échec à la contraception. Ainsi, la situation conjugale, familiale, financière ou scolaire, l'âge de la cliente, l'état de santé (ou la viabilité) de l'enfant à naître, le non désir d'avoir un enfant et le sentiment de ne pas avoir d'autres choix, sont autant de raisons exprimées par les femmes aux infirmières : «On peut avoir une femme qui voulait avoir un enfant, le conjoint voulait avoir un enfant [...]Y a une séparation, et puis là, tout le contexte de la maternité est remis en question» (Participant Q9). En somme, les infirmières perçoivent que les femmes ressentent le besoin de réunir certaines conditions avant de choisir de poursuivre une grossesse, voire même d'être en phase avec un certain idéal de vie.

Dans le même sens, certaines rapportent que chez les plus jeunes clientes, la grossesse indésirée est la conséquence d'un manque de connaissances face à la contraception, la sexualité et à une forme de pensée magique quant à leur fertilité : «C'est les études, c'est la vie de jeune adulte. C'est un peu l'insouciance...

L'invulnérabilité... 'Ça n'arrive qu'aux autres' ...C'est tout ça mélangé» (Participante Q3).

Identifier les besoins. Les infirmières québécoises identifient, chez leur clientèle, différents types de besoins. Ainsi, par leurs témoignages ou leurs comportements, les femmes manifestent des besoins émotifs comme ceux de ne pas être jugée, d'être rassurée, respectée, écoutée, aidée dans l'acceptation de leur choix, de pouvoir librement s'exprimer et d'avoir accès à un soutien psychologique au besoin. Ensuite, les intervenantes notent des besoins qui touchent davantage l'organisation des soins tels que recevoir de l'information, que les services soient accessibles et professionnels et, pour certaines, que l'intervention se déroule rapidement. Les participantes Q7, Q1 et Q2 expliquent : « [elles ont besoin] qu'on les respecte aussi à travers ce choix-là, parce qu' [elles] se sentent souvent jugées » ; « Avoir une information juste, claire... Qui leur soit accessible, c'est-à-dire dans un langage qu'elles vont comprendre pour pouvoir... Prendre la décision... La meilleure décision » ; «Elles s'attendent à ce qu'on réponde à leurs questions, qu'on soit là pour les supporter dans la mesure où est-ce qu'elles veulent l'être aussi.». Les informations recherchées par les clientes lors du premier contact avec l'infirmière sont principalement de confirmer la grossesse (par une analyse urinaire ou sanguine ou une échographie), de connaître les différentes options qui s'offrent à elle, d'identifier les services disponibles, leurs coût et le déroulement.

Conjuguer avec les manifestations émotives. Les infirmières québécoises, tout au long de l'épisode de soins, conjuguent avec la manifestation d'un grand nombre d'émotions ressenties par les femmes avant, pendant et après l'avortement. L'émotion que rapportent le plus souvent les infirmières et qui semble avoir le plus de répercussions sur les soins infirmiers est celle de l'ambivalence comme l'explique l'infirmière Q6 : «...c'était toujours une décision très difficile pour elles [...] On avait un... Un petit guide de réflexion...Pour les aider à prendre leur décision [...] Mais c'était toujours une décision très déchirante... Pour elles, d'aller se faire avorter ». En effet, cela implique pour les intervenantes de certaines cliniques de planning familial de prévoir plus d'un rendez-vous avec la cliente afin de l'accompagner dans la formulation de son choix face à l'issue de sa grossesse. Pour d'autres infirmières ce sera d'utiliser un questionnaire dit «d'ambivalence» afin de s'assurer que la femme a envisagé toutes les options possibles. Enfin, que l'ambivalence soit liée au choix (de type «j'aurais voulu avoir un enfant, mais je crois que ce n'est pas le moment idéal») ou manifestée par des émotions («je suis triste, mais soulagée»), l'infirmière doit offrir une présence qui favorise l'échange.

Également, à différents moments de l'intervention, les clientes manifestent de la peur, de la déception, de la culpabilité, du soulagement, de l'isolement et de la peine. Les émotions sont parfois mélangées et les réactions sont toujours très différentes d'une femme à l'autre. Les infirmières identifient une période de grande fragilité émotionnelle en période post-IG qui pourrait être liée aux différentes pertes entourant une IG (fin

d'une grossesse, rupture amoureuse, perte d'un idéal de vie, etc). La participante Q5, qui a aussi une pratique privée de psychothérapie, note dans les histoires longitudinales de certaines clientes qu'«autour de l'avortement, il y a souvent quelque chose qui est pas réglé tout à fait». La complexité du vécu émotif des femmes est illustrée par les propos des participantes Q5 et Q3 : « Y a beaucoup de femmes qui restent encore avec une grande difficulté à se donner la permission d'avoir un avortement. Qui se jugent... Comme des criminelles, comme des pas bonnes... Des mauvaises mères... » ; «Je sens toute cette détresse... D'un côté, d'être partagée à vouloir le dire puis, de l'autre côté... En être empêchée au cas où que l'environnement ne l'accepte pas bien».

Conjuguer avec les proches. Les infirmières québécoises notent que l'accompagnement varie d'une femme à l'autre (seule, mère, amie, conjoint, père, grand-mère, cousine), mais qu'il est fréquent que la femme choisisse une présence féminine à ses côtés lors de la journée de l'intervention : «Une amie qui a souvent elle-même eu un avortement, qui veut témoigner, là, que... c'est pas trop souffrant, que ça se passe bien, que c'est rapide...» (Participante Q9). En l'absence d'un proche, c'est parfois une infirmière du milieu scolaire ou du CLSC qui accompagne la femme lors de la journée de l'intervention. Il est donc vrai d'affirmer que le plus proche témoin de cette expérience, hormis la femme, est possiblement l'infirmière par son rôle de proximité, à différents moments de l'IG (prise de décision, intervention, accompagnement dans la communauté).

Dans le même sens, le choix de parler de l'intervention aux membres de l'entourage est aussi très variable : «Dans la majorité des cas, les parents ne le sauront pas. Ils vont peut-être le savoir après, l'interruption faite, mais pas avant [...] La cliente ne s'en sent pas prête. Je dirais, des fois, c'est des années plus tard. Qu'elle va le dire» (Participante Q3); «le réseau pouvait être très présent comme totalement absent. Parce qu'il y a des femmes qui vivent ça vraiment seules. D'un bout à l'autre. » (Participante Q1).

Bien qu'ultimement la décision revienne à la femme, les infirmières reconnaissent que le soutien des proches est un élément important de l'expérience de l'IG, particulièrement chez les plus jeunes, comme le mentionne la participante Q1 : « Plus le réseau est fragile... Il est inexistant ou pauvre autour de la femme, plus c'est difficile de passer à travers cette expérience-là d'interruption volontaire de grossesse.»

Enfin, l'inclusion des accompagnateurs dans les soins est un défi organisationnel et relationnel pour les infirmières, dans un milieu décrit par certaines participantes comme «féministe» tel qu'illustré par les participantes Q8 et Q1: « On a tendance... À mettre [...] notre écoute puis notre énergie... Envers la... La femme. Parce qu'on a l'impression que c'est plus elle qui le vit, mais dans le fond le conjoint aussi [...] Il vit tellement d'émotions aussi. Fait que c'est de l'accompagner aussi. D'écouter [...]»; «C'est déjà arrivé où quelqu'un m'avait dit que le conjoint était resté dans sa voiture à l'extérieur, parce qu'il pensait... il pensait que les hommes pouvaient pas rentrer à la clinique ».

Cependant, il est à noter que la philosophie et les règles internes de certains centres font en sorte que les accompagnateurs (conjoint ou non) ne sont pas toujours invités à participer aux différentes étapes de l'intervention. Il est habituellement convenu que l'infirmière s'assure seule à seule avec la cliente que son consentement est libre et éclairé, mais par la suite il n'est pas établi d'emblée que l'accompagnateur, puisse être présent en salle d'intervention ou en salle de réveil, par exemple.

Définir son rôle professionnel

Les infirmières québécoises, en analysant leur rôle professionnel en contexte d'IG, notent de façon majoritaire un certain niveau de difficulté à travailler dans un tel contexte de soins. La définition qu'elles donnent à leur rôle passe aussi par une description détaillée des différents aspects de leur travail.

Un contexte de soins difficile. Toutes affirment que le travail en contexte d'IG peut être difficile tant professionnellement que personnellement et que cela est fortement influencé par le milieu de soins où travaille l'infirmière. La participante Q2 qui travaille sur une unité d'obstétrique explique : « Tout est difficile. Du début jusqu'à la fin... Moi, personnellement, ça vient me chercher énormément... On est sur le département des accouchements, c'est la vie, tu sais, c'est le plus beau département, tant qu'à moi. [...] Tu sais, c'est difficile du début jusqu'à la fin. C'est jamais, jamais évident ».

Les avortements tardifs à plus de 15 semaines sont aussi identifiés comme un contexte d'accompagnement plus difficile pour les infirmières:

C'est pas toujours évident [elles sont enceintes de] vingt semaines... Des fois vingt-quatre semaines... Puis qui veulent un avortement absolument, puis qui doivent être référées aux États-Unis. Ça aussi, des fois, ça nous pose, éthiquement, des fois... Je suis obligée de lui dire que, oui, ça existe, puis qu'il y a une référence. En même temps, en dedans, [...] Ça vient tirer sur nos valeurs... (Participante Q5)

Description des différents aspects du travail. L'infirmière a, selon les intervenantes québécoises rencontrées, un rôle technique et un rôle de soutien et d'accompagnement. L'aspect plus technique du travail varie selon les milieux de travail, allant du test de grossesse en milieu scolaire à la préparation du plateau technique en salle d'intervention. Ce sont donc un ensemble d'actes ou de techniques séquentiels régis habituellement par des protocoles de soins que les infirmières apprennent lors de leur entrée en poste dans ce secteur.

L'accompagnement et le soutien font, toutefois, très peu l'objet de formation ou de procédures de soins bien établi. Ils relèvent des connaissances antérieures de l'infirmière, de sa formation scolaire et des habiletés personnelles. Or, cette relation thérapeutique qui se crée entre l'infirmière et la cliente est au cœur des pratiques en contexte d'IG, car, comme mentionné auparavant, l'infirmière se trouve parfois être la seule personne informée de la grossesse et de la décision d'y mettre fin.

Lors de cette intervention décrite comme très intime, le respect et l'absence de jugement semble être la base de la relation que l'infirmière souhaite développer avec la cliente. Certaines, comme la participante #7, affirment que c'est en se transposant dans l'expérience des femmes qu'elles arrivent à mieux comprendre la particularité de cette expérience et à mieux identifier les besoins qui en découlent. En somme les infirmières, sont soucieuses de ne pas juger la clientèle, de souligner leurs forces, de bien les informer sur toutes les options possibles quant à la grossesse, d'inclure le conjoint lorsqu'il est encore présent ou un proche, d'être à l'écoute et d'être authentique. Cela fait d'ailleurs écho à ce que les infirmières rencontrées identifient comme besoins primaires chez leur clientes, comme tend à le formuler la participante Q1 pour les femmes qu'elle rencontre :

Je ne suis pas là pour endosser ou porter un jugement sur le choix que vous faites, moi, je suis là pour vous accompagner puis m'assurer que... C'est un choix libre et éclairé [...] je vais être là pour vous offrir [...] une information qui est juste et claire pour que vous fassiez le meilleur choix pour vous.

Conjuguer avec les différentes perceptions

Les prochains paragraphes relatent comment l'expérience d'accompagnement en contexte d'IG est indissociable des différentes perceptions de l'IG et les valeurs qu'ont l'infirmière, la société, son entourage, et le milieu de travail dans lequel elle évolue.

Les perceptions et les valeurs de l'infirmière. Conjuguer avec les différentes perceptions de l'IG peut devenir un enjeu majeur dans l'accompagnement de femmes en demande de services d'IG. En effet, avant même d'être en contact avec cette clientèle, les infirmières québécoises se sont aussi forgées une opinion selon leurs expériences personnelles et leurs valeurs. Ainsi, bien que les infirmières rapportent leur obligation professionnelle d'offrir des services aussi neutres que possible, au quotidien il peut s'agir d'un défi de taille. On note aussi dans les entrevues que les perceptions que les infirmières ont de l'IG se transforment en fonction du degré d'exposition qu'elles ont auprès de femmes qui font le choix de l'IG comme issue à leur grossesse. Cela implique bien entendu la clientèle, mais aussi les expériences personnelles qu'elles ont eu des services d'IG, par exemple, accompagner une amie ou utiliser soi-même les services. À cet effet, les infirmières ayant eu une expérience personnelle de l'IG ont des propos plus nuancés face à l'IG, mais aussi une référence sur laquelle bâtir leur style d'accompagnement : «Ça comme teinté [mon accompagnement], parce que... Je pense que tant qu'on l'a pas vécu de près, on peut avoir des préjugés envers ça..» (Participante Q4).

Les perceptions et les valeurs de la société et de l'entourage. Les participantes identifient, dans la société, différents courants de pensées quant à cette intervention et elles sont partagées quant à savoir si la société de façon générale considère l'IG d'un point de vue neutre ou comme un sujet sensible. Cette ambivalence est tout à fait normale, car, comme le mentionne la participante Q10 «les infirmières, c'est... C'est

quand même des personnes... Dans la société. Fait que je suis sûre qu'y en a qui sont contre. Y en a qui sont pour.» La participante Q5 mentionne que les messages contre l'IG qui circulent dans la société (mouvements pro-vie, publicité, etc.) laissent une empreinte dans l'inconscient des femmes ce qui peut rendre l'expérience de l'IG plus complexe.

Dans ce même ordre d'idées, quelques infirmières rapportent aussi ne pas exposer leur lieu de travail à certaines personnes de leur entourage, de sorte à se protéger des jugements «Mais, je choisissais aussi... De dire à qui et quand je travaillais dans une clinique où il se pratiquait des interruptions volontaires de grossesse.» (Participante Q1)

Les perceptions et les valeurs du milieu de travail. Un fait marquant des entrevues québécoises quant aux perceptions de l'IG et leurs impacts sur la pratique infirmière est l'importante dichotomie entre le discours des infirmières qui travaillent ou qui ont travaillé dans une clinique de planning familial et celles qui travaillent dans des secteurs d'activités où elles ne font pas le choix de rencontrer la clientèle en demande de services d'IG (par exemples, les départements d'obstétrique, de périnatalité, certains secteurs du CLSC). La participante Q2 rapporte une forme de malaise généralisé sur le département d'obstétrique face à cette expérience : «On ne se bat pas pour avoir cette patiente-là sur le département ». De cette même participante on ressent aussi un profond malaise face à une terminaison volontaire d'une grossesse :

Ce que moi j'essaie de leur dire, c'est de garder l'image qu'ils se sont fait de leur enfant. De le voir comme un petit ange qui est allé au ciel, puis qui va les... Qui va les accompagner. Qui... Un petit ange qui ne leur en veut pas. Qui est juste... Qui a juste fait un petit séjour en bas, puis qui est retourné en haut. C'est... C'est l'image que je veux qu'ils gardent.

Émettre une opinion critique

La majorité des infirmières québécoises se prononcent facilement sur la qualité et les suffisances des services offerts actuellement au Québec. Elles sont aussi en mesure d'identifier des améliorations qui pourraient être apportées afin de répondre plus adéquatement aux besoins des accompagnateurs ainsi qu'à leurs propres besoins de formation.

La qualité et la suffisance des services. Les infirmières qui ont travaillé dans les mêmes milieux ne s'accordent pas quant à la suffisance ou la qualité des services offerts en milieu hospitalier. Certaines considèrent que les services sont cohérents avec les besoins de la clientèle alors que d'autres croient que les services offerts en milieu hospitalier ne sont pas adaptés pour les IG. Les installations physiques sont toutefois critiquées par une majorité d'infirmières travaillant en centre hospitalier, comme le rapporte la participante Q2 :

On ne mettra pas cette patiente-là... Dans une salle où est-ce qu'il y a plein de fenêtres, puis qui va faire soleil, qui va faire beau. Souvent, on leur réserve... Malheureusement, la chambre qui n' a pas de fenêtres. Qui est comme isolée, d'une certaine façon aussi, parce que... D'entendre les autres mères crier parce qu'ils ont leur bébé, d'entendre les enfants... (Participante Q2)

L'accompagnement en post-IG est un autre aspect des services largement critiqué par les infirmières québécoises. Il semble qu'un suivi est offert de façon plus systématique aux femmes qui reçoivent déjà des services au CLSC. Cependant, pour les autres femmes, les suivis sont insuffisants voire même inexistants. Ce type de service permettrait d'évaluer de façon plus systématique l'état psychologique de la cliente et, au besoin, de pouvoir lui offrir du soutien rapidement : «Celles qui ont des suivis au CLSC, qui ont déjà des infirmières, des travailleuses sociales, puis tout ça, là. Je trouve qu'eux autres, tu sais, ils ont quelqu'un à qui parler s'ils n'ont pas de support autour, là. » (Participante Q4).

Le manque d'attention aux accompagnateurs. Une autre critique largement répandue dans les entrevues est le manque d'attention porté aux accompagnateurs (conjoint ou non). Certains organismes adoptent une approche centrée sur la cliente qui fait peu de place aux accompagnateurs. Il n'est alors pas habituel de leur réserver un temps et un espace précis dans le processus de soin. Les infirmières qui souhaitent reconnaître davantage les accompagnateurs, décrivent souvent leur présence comme facilitante en contexte d'IG. À cet effet, une participante suggère de «voir, aussi, [si les accompagnateurs] ont besoin de support eux autres aussi...[...] De lui faire plus participer au suivi. S'ils ont le goût. Si la femme a le goût aussi, ... Que l'autre personne soit là.» (Participante Q4)

Le manque de formation. Les infirmières dénoncent l'absence d'information au sujet de l'expérience de l'IG tout au long de leur formation collégiale ou universitaire. De la même manière, elles souhaiteraient avoir accès à de la formation directe ou indirecte (conférences, soutien des pairs, etc.) pour développer des habilités relationnelles et de soutien auprès des femmes et de leurs proches. Ce besoin de formation est clairement nommé par les infirmières, peu importe le milieu de travail : « [Ce serait important] de trouver des formations le plus adéquates possibles. Pour être outillées davantage [...] moi, je ferais un petit groupe d'infirmières ou de professionnelles ensemble, [pour qu'on puisse] parler, puis s'outiller ensemble.» (Participant Q8); «Une formation pour aider... [à] passer à travers ça... Parce que, je vais te dire, quand ça nous arrive, là... Justement parce qu'on n'est pas formé... c'est extrêmement difficile à vivre... » (Participant Q2).

En résumé, l'accompagnement des infirmières québécoises se caractérise principalement par la relation qu'elles créent avec les femmes et leurs proches. Dans le même sens, elles sont en mesure d'identifier les perceptions de l'IG propres à la société à laquelle elles appartiennent et l'influence des valeurs véhiculées par leur milieu de travail sur les services de soins offerts à la clientèle de demande de services. Enfin, les infirmières québécoises démontrent une capacité d'auto-analyse lorsqu'elles définissent leur rôle professionnel en contexte d'IG, leurs perceptions de l'IG et les valeurs qui sous-tendent ses perceptions.

Les infirmières brésiliennes

La collecte de données brésilienne a permis de rencontrer huit infirmières et un infirmier travaillant dans la ville de Rio Grande. La particularité de ces entrevues, en comparaison avec celles menées au Québec quelques mois auparavant, est indubitablement le contexte politique (i.e. l'illégalité partielle de cette pratique au Brésil) dans lequel elles prenaient place.

Suite à la lecture des neuf transcriptions mot-à-mot d'entrevues avec les infirmières brésiliennes, l'auteure a fait émerger un certain nombre d'unités significatives qui se retrouvent aussi à l'appendice G, à la suite de celles précédemment exposés. L'accompagnement des infirmières brésiliennes auprès de femmes qui ont complété ou tenté un avortement provoqué se définit donc par l'entremise des thèmes suivants : (a) comprendre l'expérience des femmes, (b) définir son rôle professionnel. (c) constater la complexité de l'IG comme expérience de soins.

Il est à noter que, compte tenu du niveau de compréhension de l'auteure de la langue portugaise, toutes les transcriptions ont été traité directement dans leur forme originale afin de diminuer le plus possible l'interprétation par une tierce personne (traducteur). Les extraits présentés dans les paragraphes suivants sont donc issus de la traduction de l'auteure.

Comprendre l'expérience des femmes

Il apparaît évident, à la lecture des neuf entrevues brésiliennes, que les infirmières cherchent généralement, par fascination, empathie ou curiosité, à mieux comprendre les raisons qui mènent certaines femmes à interrompre leur grossesse dans un contexte d'illégalité. De façon volontaire ou non, elles reçoivent donc les confidences de certaines femmes qui acceptent de parler de cette expérience. Les sous-thèmes ici identifiés portent sur : 1) le contexte entourant la prise de décision; 2) l'accompagnement et le réseau social; 3) le spectre des émotions et des besoins.

Le contexte entourant la prise de décision. Pour la majorité des infirmières brésiliennes rencontrées, les femmes qui se présentent à l'urgence en raison d'une hémorragie ou de signes d'infection liés à la pratique d'un avortement provoqué à domicile (prise de médicament par la bouche, par voie vaginale, insertion de corps étrangers, application de mixtures issues des plantes, etc.) sont de jeunes femmes et des adolescentes qui vivent dans un contexte socio-économique précaire et qui ont un niveau d'éducation de moyen à faible. De façon opposée, il peut aussi s'agir de femmes ayant déjà une famille nombreuse et qui considèrent ne pas être en mesure d'offrir des conditions de vie satisfaisantes à l'enfant à naître. Les raisons les plus fréquemment rapportées aux infirmières, par leurs clientes, de mettre fin à leur grossesse sont donc le manque de soutien familial, le contexte économique, le nombre actuel d'enfants à charge, l'absence d'un partenaire stable et le contexte de vie qui ne concorde pas avec le projet d'être mère actuellement. Les participantes B2 et B4 illustrent ces raisons :

«Certaines fois elles disent que, par exemple, la relation avec le compagnon n'est pas bonne et [une grossesse] pourrait être problématique [...]. D'autres choisissent de le faire parce qu'elles ne veulent pas d'autres enfants...»; «[La clientèle] est diversifiée, des jeunes filles [...], des femmes d'un âge plus avancé avec des grands enfants, des femmes vivant dans un contexte social qui ne permet pas une autre grossesse, sans emploi ou l'absence d'un partenaire, la difficulté à identifier qui est le père de cet enfant [à naître]...».

Toutefois, il apparaît évident pour les infirmières brésiliennes que la clientèle hospitalière pourrait ne pas être un échantillon représentatif de ce qui se passe dans la société brésilienne car les femmes ayant davantage de ressources financières choisiront peut-être de se rendre dans une clinique illégale. La participante B3 explique, en résumé, que certaines de ces cliniques offrent des techniques plus diversifiées (par exemple, utilisation de l'aspiration et du curetage) où les conditions sanitaires sont plus appropriées pour ce type d'intervention. Cette option diminue considérablement les risques d'hémorragie, de septicémie et d'hospitalisation.

L'accompagnement et le réseau social. La majorité des femmes se présente à l'hôpital seule ou accompagnée d'un ou une amie ou d'un membre de la famille élargie (tante, grande mère, cousine), mais rarement d'un membre de la famille proche (parents, fratrie) ou d'un partenaire, comme l'illustre la participante B6 : «Elles viennent seules chercher de l'aide parce que la société sait que c'est une mauvaise décision, alors

personne ne veut être complice d'une telle chose ». Lorsqu'elles doivent être hospitalisées plus de 24 heures au département d'obstétrique, les infirmières remarquent qu'elles reçoivent peu de visiteurs. Selon la participante B5, cela s'explique par le fait que si ces derniers se présentent sur l'unité ils seront questionnés par l'équipe médicale et ils «devront révéler la vérité [à propos de l'IG] au professionnel [,] c'est à partir de ce moment qu' [ils] disparaissent». Il est à noter que les femmes peuvent se voir offrir des soins pour une période de un à dix jours selon leur état de santé (lésions internes, risques accrus d'infection, importance de l'hémorragie, etc.)

Aussi, par leurs propos, les infirmières indiquent que le choix de mettre fin à une grossesse n'est pas toujours un acte libre et éclairé dans la mesure où les femmes ne sont pas toujours informées des risques possibles entourant la pratique d'une IG en dehors d'un cadre médical et qu'elles sont parfois influencée par des tiers. En effet, bien que la famille proche soit souvent mise à l'écart de cette décision, d'autres membres de l'entourage et le partenaire sexuel peuvent être informés de la grossesse et suggèreraient fortement, en raison de différents éléments du contexte familial, social et financier, de pratiquer une IG. D'ailleurs, selon les infirmières, ce serait le partenaire sexuel, qui insisterait le plus pour que la femme ne poursuive pas sa grossesse comme l'explique la participante B4 : « Si le partenaire ne veut pas continuer [sa relation] il va lui dire qu'il ne veut pas de cet enfant [...] il va prendre la décision de l'avortement [en lui disant] 'je ne vais pas continuer avec toi, si tu as un enfant'[...]; «Ces personnes [qui ont pris en

charge les autres enfants de cette femme] lui disent “ regarde si tu as un autre enfant je ne vais pas en prendre soin, je ne vais pas élever un autre enfant ”... ».

Le spectre des émotions et des besoins. Tout au long de l'épisode de soins, les émotions manifestées par les femmes sont diversifiées. Les infirmières B2 et B8, à l'instar de leurs collègues, ont observé que certaines femmes restent effacées et tranquilles paraissant ainsi fragilisées, embarrassées, anxieuses, apeurées et tristes. D'autres ont des réactions plus expansives, pleurent beaucoup et quelques-unes verbalisent de la culpabilité, de la frustration ou du soulagement à leur sortie de l'hôpital. La participante B5, explique au sujet de la frustration, que les femmes préféreraient nettement ne pas se présenter à l'hôpital. Or, selon plusieurs infirmières, lorsque leur condition de santé fait en sorte qu'elles doivent s'y rendre, elles veulent en ressortir le plus rapidement possible et expriment parfois de la frustration envers le personnel infirmier. Enfin, pour cette infirmière qui rencontre des femmes plusieurs années après leur IG, il apparaît clair que «...cette expérience est très marquante dans leur vie. En fait, parfois, l'état dépressif qu'elles présenteront cinq, six années après sera lié à la culpabilité d'avoir eu recours à un avortement » (Participante B1).

Une particularité des besoins des femmes est le mode de gestion de la douleur tout au long de leur épisode de soins. En effet, bien que le plan de traitement comprenne l'accès à des médicaments pour contrôler la douleur et que l'expérience de l'IG soit génératrice de grandes douleurs physiques, certaines femmes limitent ou contrôlent

l'expression de leur douleur, allant même jusqu'à refuser de prendre la médication. Selon les infirmières, hypothétiquement, cette attitude serait liée au désir de s'effacer, de ne pas déranger et de ne pas se faire remarquer par le personnel du département.

Comme il y a peu d'échange formel entre les infirmières et les femmes lors de l'épisode de soins et que la priorité de soins est accordée à la gestion de la douleur et au contrôle de l'infection, les besoins de la clientèle sont plus difficilement identifiables par les infirmières brésiliennes participantes à cette étude. Des neuf entrevues, il ressort clairement que la clientèle et leurs accompagnateurs cherchent un milieu sécuritaire où poursuivre la démarche d'IG, où elles ne seront pas jugées, voir maltraitées, par le personnel soignant. Dans les années suivant cet épisode, les femmes semblent partager plus facilement leur expérience de l'IG, mais s'attendent, de la part du professionnel, à un accueil respectueux et à de l'aide pour diminuer la souffrance qu'elles ressentent face à cette décision. Finalement, parmi les besoins manifestés par les femmes au long ou à la suite de leur épisode de soins, il y a celui de recevoir de l'information sur les divers moyens de contraception. Le désir de mieux contrôler leur fertilité peut aussi se révéler par la demande pour l'accès à une contraception plus permanente, telle que la stérilisation (par ligature des trompes) comme l'expliquent les participantes B4 et B7 : « Il y a plusieurs femmes qui ont provoqué leur avortement parce qu'elles ne voulaient pas une autre grossesse. Il y a des femmes qui sont plus expressives et qui questionnent la façon de d'avoir une ligature des trompes »; « Plusieurs, je crois, souhaitent une

méthode de planification familiale plus efficace, elles veulent avoir une ligature des trompes...».

Définir son rôle professionnel

Les pratiques infirmières auprès d'une clientèle en contexte d'IG, au Brésil, comportent un certain nombre de techniques et de soins et d'habiletés relationnelles, mais inclut aussi, officiellement, un devoir de divulgation. Ainsi la définition du rôle professionnel des infirmières brésiliennes en contexte d'IG prend d'abord racine dans cette responsabilité légale de dénoncer les femmes ayant recours à l'IG comme issue à une grossesse, mais aussi dans une routine de soins qui s'avère moins naturelle que d'autres contextes d'hospitalisation. Enfin, le regard critique que les infirmières portent sur leur rôle d'accompagnement auprès d'une clientèle en contexte d'IG se conclue par les pistes de solutions qu'elles formulent afin de d'améliorer les pratiques de soins et les services offerts.

La responsabilité légale. La responsabilité légale la plus importante que l'infirmière brésilienne devrait assumer est celle de dénoncer les femmes soupçonnées d'avoir eu recours à un avortement illégal. En effet, l'IG étant un acte criminel au Brésil, les professionnels de la santé pourraient être appelés à dénoncer toute pratique illégale de l'IG (i.e. en dehors des deux exceptions prévues par la loi) si elle est portée à son attention: «Nous avons le droit d'appeler la police et de dire que "cette" femme a commis un crime» (Participante B6). Or, bien qu'il arrive ponctuellement que des

cliniques illégales soient démantelées, les infirmières rencontrées affirment qu'elles n'ont jamais été informées d'une dénonciation faite suite au passage d'une femme au Centre hospitalier universitaire où se déroule l'étude. Cependant, c'est dans la peur de cette possible dénonciation que certaines femmes et leurs accompagnateurs se présentent à l'hôpital. Pour la participante B5, cette croyance teinte la future relation entre l'infirmière et la cliente : «elles croient qu'en parlant elles seront maltraitées, elles ont peur aussi de ce qui va se passer ici, elles ont déjà peur de ce qu'elles ont fait et de ce qui pourrait arriver en arrivant sur le département».

La routine de soins. Autrement, pour les infirmières rencontrées, l'accompagnement auprès de cette clientèle est essentiellement composé d'un ensemble de gestes techniques et d'attentions visant le rétablissement physique et émotionnel de la cliente. Les soins infirmiers comprennent l'administration de médicaments, la surveillance de signes vitaux, la présence en salle d'intervention (pour le curetage, entre autres) et l'organisation ou l'administration d'exams diagnostics. Les infirmières se soucient aussi de favoriser un milieu de soins où les clientes se sentent confortables, en sécurité et respectées et d'être à l'écoute des plaintes et du besoin de certaines femmes de partager leur expérience.

L'infirmière doit donc minimalement incarner une présence rassurante auprès de cette clientèle, puisque selon la culture du milieu (le Centre hospitalier), il est attendu des infirmières de ne pas questionner ou même d'ouvrir la discussion sur ce qui a mené

la cliente à l'hôpital. Les participants B9 et B5, expliquent: « Je ne pose pas ce genre de questions sur ce qui s'est passé. Je fais les soins de routine, l'évolution des patients, mais jamais j'aborde ce sujet avec les femmes»; « Il n'existe pas une question du genre "pourquoi as-tu fait cela? Tu ne voulais pas de cette grossesse?" [...] le personnel n'entre pas dans ce sujet, dans l'aspect psychologique de la situation». C'est en fait davantage pour déterminer le plan thérapeutique médical que l'on questionne la cliente afin de définir s'il s'agit d'un avortement spontané ou provoqué. Cependant, si la femme affirme qu'il n'y a pas eu de manœuvres pour mettre fin à la grossesse, et ce, même si divers indices mènent au constat contraire, son silence sera respecté. Certaines infirmières rapportent toutefois que l'établissement d'une relation de confiance, dans un moment et un lieu opportun, favorise parfois le dialogue entre l'infirmière et la cliente. Le manque de temps est malheureusement cité comme un frein au développement d'une telle relation. Les infirmières se disent occupées, devant parfois couvrir plus d'une unité avec plusieurs clientes et n'ont pas le temps d'accorder un temps à la discussion avec les femmes qui présentent des signes de souffrances émotionnelle.

Émettre des pistes de solutions. Limitées par le statut illégal de l'IG dans leur pays, les infirmières peuvent difficilement formuler des suggestions portant sur la structure et l'organisation des soins. C'est à leur propre pratique qu'elles suggèrent de porter des modifications. De ce fait, quelques participantes proposent, en raison du nombre important d'idées préconçues qui circulent au sujet des femmes qui choisissent l'IG, que ce sujet soit davantage discuté entre les infirmières. Cela pourrait être fait lors

de la formation académique ou même lors d'activités de sensibilisation. Un espace serait alors alloué de façon périodique pour échanger sur cette expérience d'accompagnement et définir des pratiques exemplaires.

Enfin, la participante B5 confie qu'au Brésil «personne ne sait que les conséquences pour cette femme ne sont pas seulement physiologiques, mais aussi émotionnelles [c'est pourquoi] elles ont besoin davantage d'un soutien émotionnel que d'un traitement médicamenteux». Or, toujours selon la participante B5 «il existe un service de psychologie, mais ils ne l'appellent jamais pour ces clientes, en fait seulement si elles présentent des signes de dépression». À cette observation soulevée aussi par d'autres infirmières, deux participantes suggèrent que leurs collègues s'imaginent vivre une situation identique pour mieux comprendre l'expérience de ces femmes et les plaintes physiques et émotives qui en découlent. Cela se traduirait par des rapports plus empathiques entre les infirmières et la clientèle en contexte d'IG.

Constater la complexité de l'IG comme expérience de soins

Pour l'ensemble des infirmières brésiliennes rencontrées il ne fait aucun doute que l'IG est un contexte de soins complexe, souvent difficile où les croyances personnelles s'opposent parfois au rôle professionnel qu'elles doivent jouer auprès de la clientèle. Toutefois, il existe des facteurs facilitants qui tempèrent les pratiques de soins.

Trouver l'équilibre entre la responsabilité professionnelle et les croyances personnelles. Toutes les infirmières brésiliennes rencontrées affirment que le travail auprès de femmes ayant vécu un avortement provoqué est complexe et parfois difficile, mais qu'elles arrivent tout de même à offrir des soins de qualité à ces femmes. Ces expériences mettent en valeur et développe la qualité d'empathie chez les infirmières : «c'est un exercice que nous faisons à tous les jours, d'accueillir les différences, avec des personnes vivant des situations différentes» (Participante B7). Quant à la complexité du travail en contexte d'IG, l'infirmier B9 résume la pensée d'autres infirmières rencontrées en affirmant qu'il est «difficile de séparer les questions professionnelles des croyances et de la culture des gens [infirmiers]». Cette difficulté à faire fi des croyances personnelles lors du travail auprès de cette clientèle s'illustre par les propos de la participante B1 : «j'ai toujours tendance à présenter les risques plus que les bénéfices en raison de mon parti pris contre [l'avortement provoqué]...parce que [...] je suis catholique et je crois que seul Dieu a le droit de retirer la vie... ».

Les neuf infirmières brésiliennes disent toutes avoir côtoyé, travaillé ou avoir entendu une anecdote au sujet d'infirmières qui démontraient par leurs soins un inconfort manifeste face à cette clientèle. Ainsi, si certaines infirmières se préoccupent d'offrir une chambre avec plus d'intimité (avec le moins de contact possible avec des parturientes), de rendre la médication accessible lorsque demandée par la cliente et de prêter une oreille attentive au besoin, d'autres n'aviseront pas les services alimentaires de l'arrivée de cette cliente, retarderont l'administration de la médication, ignoreront les

demandes ou les plaintes et émettront des opinions tranchées quant à cette cliente du type : «Ah! Au moment de tuer ton enfant tu n'as pas pensé à ça hein ? Maintenant tu as de la douleur ? Maintenant tu vas la sentir, la douleur ! Elle a tué son enfant !» rapporte avoir entendu la participante B1. Bien qu'il soit difficile de juger de la magnitude de ces comportements au sein du centre hospitalier, tous nous assurent que ces comportements se raréfient avec l'arrivée de plus jeunes infirmières qui auraient une opinion plus nuancée quant à l'IG. En fait, la participante B7 résume en disant «... jamais je ne le ferais [choisir l'IG comme issue à une grossesse], mais je crois n'avoir jamais transmis d'une façon ou d'une autre ce que je pouvais penser. Je tente, dans la mesure du possible, de ne pas émettre de critique ou de désapprobation : la neutralité.»

Les facteurs facilitants. Le travail d'équipe, selon des valeurs communes de respect et de professionnalisme, semble être une condition facilitante au travail en contexte d'IG, pour plusieurs infirmières : «...je pense vraiment que la culpabilité qu'elles ressentent est si grande que ce n'est pas le moment que nous la jugions, du simple fait que nous sommes des professionnelles de la santé et que nous devons soigner» (Participante B7). Cela est d'autant plus vrai quand l'équipe travaille ensemble depuis un certain temps et que chaque nouvelle employée qui se joint à l'équipe est «formée» en ce sens. Dans la possibilité où une infirmière ou un membre du personnel infirmier aurait des comportements ou émettrait des commentaires emprunts de jugements, il serait possible qu'on lui assigne une autre section de clientes.

Il est intéressant de noter que parmi les neuf infirmières brésiliennes interrogées, trois ont tenu à relater leur expérience personnelle de l'IG. Elles notent que cela s'avère aussi être un élément facilitant leur travail. D'ailleurs, pour ces infirmières, avoir choisi de mettre fin à une grossesse, accompagné une proche dans cette décision ou avoir côtoyé une femme qui en est décédée, fait en sorte qu'elles offrent maintenant des soins plus empathiques et qu'elles sont plus nuancées dans leurs opinions de l'IG.

Analyse des similitudes et des différences entre l'expérience d'accompagnement des infirmières brésiliennes et québécoises contexte d'IG

La présentation détaillée des thèmes émergents des entrevues québécoises et brésiliennes permet maintenant de présenter une analyse des similitudes et des différences entre l'expérience d'accompagnement des infirmières brésiliennes et québécoises contexte d'IG. Cette analyse est soutenue par l'utilisation combinée des modèles de Bronfenbrenner (1994) et de Wright et Bell (2009) et apporte une perspective unique à la mise en commun des résultats brésiliens et québécois. Ainsi, les prochaines sections présentent les résultats en fonction des cinq systèmes de la personne en développement de Bronfenbrenner (1994) où le modèle «Illness Beliefs» (Wright & Bell, 2009) contribue à l'analyse des processus proximaux. Cette mise en commun se conclut par l'explication d'une représentation graphique inédite de l'expérience d'accompagnement des infirmières brésiliennes et québécoises en contexte d'IG.

Le micro-système

Le micro-système (micro), tel que défini par Bronfenbrenner (1994) est un système comprenant un certain nombre d'interactions complexes et bidirectionnelles, qui ont un grand impact sur la personne en développement (voir Figure 3 pour la représentation graphique de l'accompagnement des infirmières en contexte d'IG selon le modèle écologique de développement humain). Or, la pratique infirmière en contexte d'IG est caractérisée par un ensemble d'interactions. Les plus significatives semblent celles que l'infirmière entretient avec la femme, les accompagnateurs, son milieu de travail et son propre réseau social. Ces interactions, parce qu'elles sont en fait des processus proximaux tels que décrits par Bronfenbrenner (1994), sont teintées par des croyances facilitantes et contraignantes qui seront décrites plus loin.

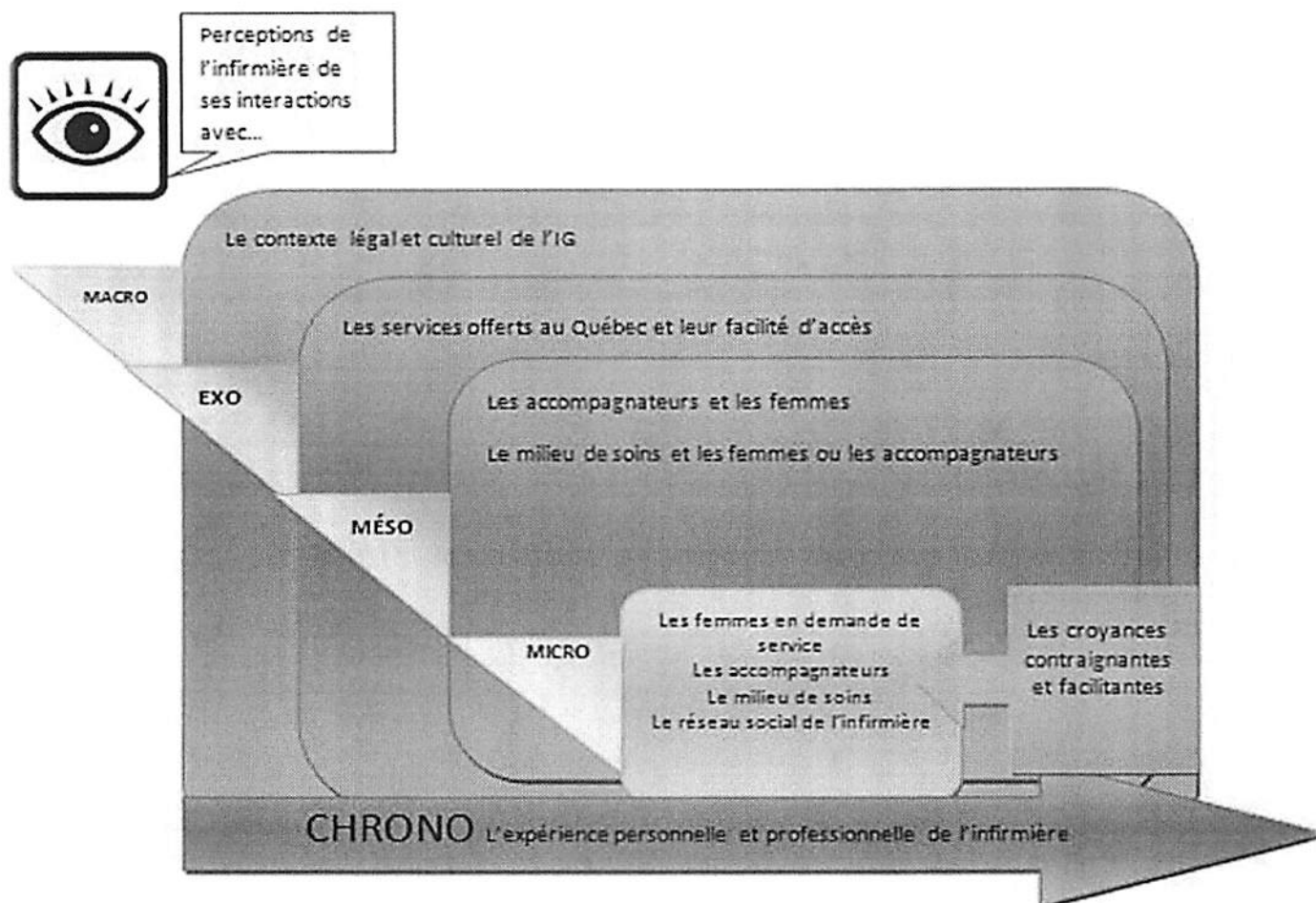


Figure 3. Représentation graphique de l'accompagnement des infirmières en contexte d'IG selon le modèle écologique de développement humain.

Les interactions entre les infirmières et les femmes en contexte d'IG. À la lecture des entrevues, il apparaît que les infirmières travaillent avec une clientèle généralement diversifiée qui exprime des besoins assez similaires, peu importe le lieu où se produit cette rencontre professionnelle. Les clientes recherchent en effet dans cette relation professionnelle l'absence de jugement, l'écoute, le respect, l'accès à des soins

professionnels et la confidentialité. De leur côté, c'est aussi ce que les infirmières aspirent à offrir aux clientes qu'elles reçoivent.

Le processus proximal composé de la rencontre professionnelle et humaine entre l'infirmière et la femme en contexte d'IG est certainement le plus important et le plus marquant, à l'analyse des entrevues. Cette interaction prend racine dans un contexte professionnel où la femme est en demande de services d'IG ou en demande d'aide suite à des complications de sa tentative d'IG. De là, la professionnelle de la santé est confrontée au choix de la femme de mettre fin à sa grossesse. Presque toutes les infirmières s'entendent pour dire qu'il existe un certain niveau de complexité dans cette expérience en raison du mélange entre les tâches techniques, le soutien émotif à la cliente, la gestion de leurs propres réactions émotives et le contexte de soins.

Les interactions entre les infirmières et les accompagnateurs. En contexte d'IG, l'infirmière peut avoir différentes formes de contact avec les accompagnateurs ou les proches de la femme. En premier lieu, il peut y avoir un contact formel lorsqu'un accompagnateur se présente aux côtés de la cliente lors de la journée de l'intervention ou du séjour hospitalier. Puis, il y a la rencontre virtuelle par le récit que fait la femme de ces proches. Inclure ces personnes dans des pratiques de soins conséquentes avec les besoins des femmes semble toutefois être un défi pour toutes les infirmières rencontrées. En effet, plusieurs infirmières soulignent l'importance ou du moins l'influence que peut avoir le réseau social lors des différentes étapes du processus d'IG mais aucune ne

souligne leur intégration à leurs propres pratiques de soins. Questionner la cliente au sujet de son réseau social, s'adresser directement à ces proches-accompagnateurs, répondre à leurs questions, les faire participer aux rencontres qui précèdent l'IG, s'intéresser à leur vécu ou même reconnaître leur présence en favorisant un environnement de soins qui s'adapte à leur présence hypothétique, sont autant de défis professionnels qu'organisationnels.

Les interactions entre les infirmières et le milieu de soins. Le milieu de travail avec lequel l'infirmière est en relation est celui où se déroulent les IG ou qui accueille les femmes après l'intervention. On y inclut l'ensemble des relations avec les collègues de travail et les gestionnaires, les opportunités de formation continue et l'ensemble des règles organisationnelles et des protocoles de soins qui définissent le travail de l'infirmière dans un tel contexte. Aucun conflit de travail majeur n'a été évoqué par les 19 infirmières de cette étude, bien que certaines réprouvent certains comportements ou pratiques isolés de quelques collègues de l'équipe de soins infirmiers. Ainsi, bien que les interactions soient majoritairement harmonieuses, chacune d'elles ont soumis des recommandations ou des suggestions pour faciliter le travail dans un contexte d'IG. Que ce soit d'alléger les protocoles de soins, de recevoir davantage d'informations et de formations sur l'IG (dès la formation initiale et pas seulement en cours d'emploi), de revoir les règles organisationnelles concernant l'inclusion des accompagnateurs dans le processus de soins et l'accueil sur le département d'obstétrique (le type de chambre

allouée par exemple), les infirmières analysent de façon critique leur milieu de soins dans le but d'offrir des soins plus cohérents et empathiques.

Les interactions entre les infirmières et leur réseau social. Le dernier système est celui formé par les infirmières et leur réseau social. D'abord, on note que les infirmières qui ont accompagné une proche dans le processus d'IG ou qui ont-elles même vécu une IG voient leur expérience professionnelle d'accompagnement teintée par cette expérience personnelle. Cela se manifeste par des propos plus nuancés quant aux différentes raisons ou aux différents contextes qui mènent à l'IG, un souci particulier d'offrir des soins sensibles et empathiques, mais aussi, parfois, une certaine forme de comparaison où l'amie accompagnée devient un cas d'exception («pour mon amie ce n'était pas la même chose, elle n'avait pas vraiment le choix, c'était différent», etc.)

Aussi, il est intéressant de noter que certaines infirmières québécoises qui travaillent dans des cliniques de planning familial où se pratiquent des IG, filtrent à quels membres de l'entourage elles peuvent parler de leur emploi. Ces infirmières sont donc au fait que la divulgation de leur lieu de travail pourrait possiblement susciter des réactions négatives et des critiques de la part de membres de la famille, d'amis ou d'autres collègues de travail (à l'extérieur de la clinique). Cela rappelle que malgré la décriminalisation de cette intervention au Canada, ce sujet reste sensible dans l'opinion publique.

Les croyances contraignantes. À la lumière des processus proximaux identifiés précédemment, il est possible d'identifier un certain nombre de croyances facilitantes et contraignantes telles que définies par Wright et Bell (2009). Il est important de rappeler qu'une croyance contraignante limite l'individu dans sa recherche de solutions à un problème donné, restreint la possibilité de relever des défis et augmente la sensation de souffrance. Une croyance facilitante, au contraire, allège la souffrance, amène la personne vers un processus de changement et accroît l'ensemble des possibilités d'un individu.

Croire que l'IG met fin à une vie. Il apparaît manifeste à la lecture des entrevues québécoises et brésiliennes, que le malaise que vivent certaines infirmières dans leur pratique en contexte d'IG est souvent liée à la croyance que l'avortement provoqué est un geste volontaire qui met fin à une vie. Cette croyance pourrait être qualifiée de contraignante en raison de la souffrance qu'elle génère dans la relation de soins et à la stigmatisation qu'elle amène chez les femmes. Voici comment les participantes B4 et Q2 expriment cette croyance : «C'est un manque de structure personnelle qui mène à l'interruption d'une vie » (Participante B4);

Je ne suis pas particulièrement religieuse, mais avoir le pouvoir de vie et de mort sur quelqu'un, il faut avoir un égo et une confiance assez extraordinaire en ses moyens. Il y a personne, tant qu'à moi, qui [peut] décider de la vie et de la mort de quelqu'un. À moins qu'il y ait une raison... Extrême. Mais, un enfant ne mérite pas ça... Même s'il est malade. (Participante Q2)

Bien entendu, lorsque les propos d'une infirmière concernant l'IG évoquent ultimement la notion de meurtre, un concept porteur d'une certaine violence qui frappe l'imaginaire, il est à croire que la relation avec la cliente sera émotivement chargée. Le défi sera grand pour que cette croyance contraignante ne teinte ni les soins, ni la présence empathique de l'infirmière auprès de sa cliente. En fait, il n'est pas rare qu'elle entraîne un malaise si grand chez l'infirmière que cette dernière anticipe avec anxiété ce genre d'expérience de soins. Cette conception de l'IG peut aussi être nourrie par certains dogmes religieux auxquels adhèrent l'infirmière ou la société dans laquelle elle évolue.

Croire que l'IG pour des raisons thérapeutiques est plus acceptable. Une deuxième croyance contraignante est identifiée chez plus d'infirmières québécoises que brésiliennes. Elle se rapporte à l'expérience de l'IG pratiquée pour des raisons dites «thérapeutique» (i.e. justifié par des raisons médicales). Ainsi, certaines infirmières croient qu'il est plus acceptable de mettre fin à une grossesse pour des raisons médicales (par exemple, malformation du fœtus) que pour toute autre raison. Conséquemment, le choix que ces femmes font n'en est pas vraiment un, alors que les autres femmes font délibérément le choix de mettre fin à une grossesse, ce qui n'est pas perçu positivement. Cette nuance, qui départage les deux expériences, amène alors un changement de garde chez les infirmières. On remarque à la lecture des entrevues, qu'il semble plus naturel d'offrir des soins à la famille ou au couple, d'être empathique voire même sympathique et de trouver les mots justes lorsque qu'il s'agit d'une situation d'avortement «thérapeutique». Certaines infirmières rapportent aussi croire qu'un deuil découle

uniquement des IG thérapeutiques. C'est ce qu'expliquent les participantes Q4 et Q7 : « Ça [les parents dont le fœtus avait des malformations] c'était des parents qui étaient en deuil, par exemple. Souvent, c'était des... Bien, c'était des bébés voulus, mais qui avaient des malformations, qui étaient pour décéder plus tard dans la grossesse»; «Dans le cas d'une malformation... C'est un deuil à faire aussi [...] Y a peut-être que c'est plus difficile souvent pour eux de se dire [...] Je donne la mort à un enfant qui est handicapé, mais... Qui aurait pu vivre quand même ».

Croire que la femme est l'unique bénéficiaire des soins en contexte d'IG. La troisième croyance contraignante exprimée par les infirmières se rapporte à la notion de choix libre et éclairé évoquée dans le paragraphe précédent. Ainsi, pour certaines infirmières, ce choix face à la maternité exprimé sous forme d'un consentement libre et éclairé à ne pas poursuivre une grossesse, fait de la cliente l'unique objet des soins en excluant virtuellement les accompagnateurs et les proches de cette expérience. La décriminalisation de l'avortement provoqué étant étroitement lié aux luttes féministes des cinquante dernières années, les soins offerts dans un tel contexte sont forcément issus de l'approche féministe. Cette croyance amène donc l'infirmière à porter une attention légitime sur le vécu et les besoins de la cliente, mais entraîne parfois une indisposition face à la présence d'accompagnateurs. Aussi lorsque la cliente se présente seule, il n'apparaît pas que les infirmières accordent systématiquement une attention au réseau social pour évaluer les possibilités de soutien.

Croyances facilitantes. Bien que les croyances exposées précédemment soient contraignantes dans la relation professionnelle entre l'infirmière, la cliente et son entourage, certaines croyances exposées par les participantes québécoises et brésiliennes sont plutôt facilitantes.

Croire que l'IG est une expérience émotionnelle complexe. La première des deux croyances facilitantes identifiées est qu'au-delà de l'intervention et des gestes techniques qui l'entourent, l'IG est une expérience émotionnelle complexe. Cette complexité émotionnelle peut originer d'une combinaison de sensations physiques liées à la grossesse, d'une remise en question de certaines croyances religieuses, de la mise en perspective de la relation amoureuse actuelle et des projets de vie ainsi que des émotions diverses ressenties telles que l'ambivalence, la tristesse, la détresse et le soulagement. Reconnaître le caractère complexe de l'IG, contribue à l'approche empathique de l'infirmière qui accueillera avec plus de souplesse et d'écoute les clientes et leurs accompagnateurs. Enfin, cette croyance amène les infirmières à analyser de façon critique leur milieu et leurs propres pratiques et à chercher à offrir des soins plus adaptés à ce contexte de soins particulier. Le développement d'un savoir particulier à l'IG semble donc être essentiel.

Croire que le rôle de l'infirmière est important. Finalement, les participantes, tout au long des 19 entrevues, partagent une autre croyance qui facilite leur travail en contexte d'IG. En effet, lorsque l'infirmière est persuadée de l'importance du rôle

infirmier dans l'accompagnement de femmes en processus d'IG (avant, pendant et après l'intervention), elle s'engage davantage dans les soins offerts. Ainsi, le rôle infirmier se révèle lorsqu'une infirmière est en mesure de décrire autant ses tâches dites « techniques » tels, administration de médicaments, prise de signes vitaux, préparation de matériel stérile, etc. que les gestes et les paroles qui constituent le soutien émotif qu'elle apporte à sa cliente et aux accompagnateurs de celle-ci. Malheureusement, chez certaines infirmières on remarque qu'elles ne s'approprient pas la tâche de soutien psychologique soit parce qu'elles ne se reconnaissent pas d'habiletés relationnelles soit parce qu'elles croient que cette tâche revient à un autre professionnel tel qu'un psychologue ou un travailleur social.

Le méso-système

Le méso-système (méso) complexifie l'explication de l'IG en mettant en évidence les liens d'influence qui lient les différents microsystèmes. Ainsi, trois méso-systèmes retiennent l'attention de l'auteure à travers les entrevues des 19 participantes. Ces méso-systèmes impliquent systématiquement l'infirmière et l'un des micro-systèmes suivants : les accompagnateurs et les femmes, le milieu de soins et les femmes et le milieu de soins et les accompagnateurs.

D'abord, la triade formée des femmes, de leurs accompagnateurs (incluant le conjoint) et de l'infirmière est particulière en ce sens que pour exister les différents acteurs doivent reconnaître l'existence de cette triade (et les accompagnateurs doivent

être présents lors de l'épisode de soins). Or, bien que d'un point de vue extérieur il apparait qu'un tel système existe, la majorité des participantes ne témoignent pas spontanément de la présence de ce dernier. Les besoins, les attentes et même les réactions du couple, de la famille ou du cercle amical sont difficilement reconnus par les infirmières. Il est généralement admis que l'approche systémique soit devenue une référence pour l'enseignement et la gestion des soins infirmiers au cours des dernières années (Wright & Leahey, 2009), or, les entrevues avec les participantes révèlent davantage une approche centrée sur l'individu et ses besoins. Toutefois, les situations d'IG dites «thérapeutiques» semblent faciliter une approche systémique chez les infirmières. Elles décrivent alors davantage les besoins d'écoute, de soutien et de soins exprimés par le couple, la famille ou le cercle d'amis.

Quant aux méso-systèmes formés par l'infirmière, le milieu de soins et les femmes ou les accompagnateurs, les infirmières semblent identifier le milieu de soins comme étant la constante qui facilite ou complexifie leurs rapports avec les femmes ou leurs accompagnateurs. Le milieu de soins représente alors l'ensemble des règles organisationnelles, des installations, des rapports entre les gestionnaires et les employés et du type d'établissement (centre hospitalier, clinique de planning familial, CLSC, etc.). Ainsi, tant chez les infirmières brésiliennes et québécoises, on note une insatisfaction généralisée envers les chambres que l'on attribue aux clientes hospitalisée pour une IG, ces chambres étant soit esthétiquement moins attrayantes que les autres chambres (isolée, moins lumineuses, plus petites) ou occupées par des parturientes.

L'exo-système

C'est à partir de cette couche, l'exo-système (exo), qu'il est possible d'identifier le plus de différences entre l'expérience d'accompagnement en contexte d'IG chez les infirmières brésiliennes et québécoises. En effet, les dissimilitudes qui existent entre l'influence qu'exerce l'exo-système sur les infirmières québécoises en comparaison avec les infirmières brésiliennes s'expliquent par des éléments clés du macro-système (lois, valeurs, etc.). Ainsi, bien que le ministère de la santé brésilien ait mis en place des mesures pour accommoder les femmes étant autorisées à mettre fin à leur grossesse (selon les indications prévues dans la loi), les difficultés quant à l'accès aux services sont disproportionnées en comparaison avec le Canada et encore plus avec le Québec. Il faut tout de même reconnaître qu'il peut exister des entraves à l'accès aux services d'IG au Québec pour les femmes vivant dans des régions éloignées des grands centres. De longues heures de route, des frais de transports, des pertes de salaire sont donc vraisemblablement à prévoir (à différentes échelles), pour les femmes québécoises et brésiliennes qui n'ont pas accès à des services dans leur communauté. Les infirmières québécoises soulèvent à peine la problématique de l'accès aux services au Québec, mais décrivent quelques situations où elles doivent faciliter la mobilisation de services pour des femmes qui, en raison de l'âge gestationnel du fœtus, doivent se rendre dans d'autres centres (Sherbrooke, Montréal ou les États-Unis). Quant aux infirmières brésiliennes, certaines croient, qu'hypothétiquement, un accès plus grand aux services d'IG diminuerait considérablement le taux de mortalité lié aux IG, ainsi que les complications graves telles que l'hémorragie, la septicémie et l'infertilité.

Le macro-système

C'est à l'aide du macro-système (macro) que se révèle l'influence du contexte légal et culturel sur l'expérience des infirmières québécoises et brésiliennes d'accompagner des femmes dans un contexte d'IG. Le contexte légal est en fait le statut légal et criminel de cette intervention et ses décrets, c'est-à-dire la structure mise en place pour offrir un tel service ou pour le circonscrire. Le contexte culturel, quant à lui, englobe les valeurs, les coutumes et les croyances associées à la société en question. À la lumière des constats proposés dans la section portant sur les microsystèmes, il est possible d'affirmer que malgré les différences fondamentales entre le Brésil et le Canada quant aux contextes légaux et culturels, l'expérience micro-systémique est similaire entre les deux groupes. En fait, les disparités observées résultent essentiellement des éléments du macro-système.

Parmi ces éléments, le contexte légal est dominant en termes d'influence sur l'expérience d'accompagnement. L'IG est un sujet sensible, voire même un tabou dans les deux cultures observées, mais l'illégalité de cette intervention au Brésil semble générer davantage de silence, de secret et de peur que ce que rapportent les infirmières québécoises. Quant au contexte culturel, les pratiques et les valeurs religieuses sont très présentes dans le discours des infirmières brésiliennes (une majorité d'infirmières nomme clairement leur allégeance religieuse). En conséquence, les questions concernant la vie et la mort trouvent réponses majoritairement dans les croyances religieuses

reprises par l'État, contrairement au Québec où une vague de laïcité amorcée il y a plus de 50 ans a affaibli l'hégémonie catholique et, par conséquence, libéralisée le discours.

En somme s'il y a quasi absence de services formels d'IG au Brésil (bien qu'il existe une multitude de cliniques illégales et un réseau parallèle illicite), au Québec il existe une variété de services de proximité qui rendent l'intervention et les renseignements quant à cette intervention, relativement accessibles. Certaines infirmières dénoncent un manque de services d'IG dans certains centres urbains, mais de façon générale louangent la qualité des soins prodigués. L'absence actuelle de frais au Québec contraste aussi avec les frais que doivent encourir les femmes brésiliennes pour obtenir des médicaments ou du soutien pour mettre fin à leur grossesse illégalement.

Le chrono-système

Dernier système du modèle écologique de Bronfenbrenner, le chrono-système (chrono) se compose de deux dimensions inhérentes à la personne en développement, ici l'infirmière. La dimension interne est celle qui semble avoir le plus d'impact sur la pratique infirmière en contexte d'IG. Au fil de la présentation des résultats, il est en effet possible de constater la portée de l'expérience professionnelle et personnelle de l'infirmière sur ses pratiques de soins. Ces expériences qui se cumulent au fil des années, ont divers effets : certaines cristalliseront des croyances existantes avant même le premier contact avec cette clientèle alors que d'autres ébranleront leurs croyances et nuanceront leurs discours. Ainsi, certaines participantes rencontrées ont de plus en plus

de difficulté avec les situations où les femmes ont vécu de nombreux avortements ou lorsqu'il s'agit d'IG tardif. D'autres, suite à une expérience personnelle de l'IG, se disent plus empathiques et plus à l'écoute des besoins manifestés par la clientèle.

La dimension externe du chrono-système a très peu influencé les participantes rencontrées. On pourrait ici évoquer la période où l'avortement était une pratique illégale au Québec, c'est-à-dire avant 1988, mais seulement une infirmière a partagé son expérience de pratique à la fin de la décennie 80. Il en ressort que le débat politique et moral qui entourait la modification du statut légal de l'avortement provoqué rendait cette infirmière inconfortable. Cette anecdote pourrait hypothétiquement confirmer l'inconfort que ressentent les infirmières brésiliennes dans un contexte où l'avortement est toujours une pratique illégale, mais où l'on questionne régulièrement cette disposition légale.

Cartogramme de l'expérience d'accompagnement

En prenant en considération tous les liens proximaux identifiés dans la revue du microsystème et de l'influence des autres systèmes sur l'expérience de l'infirmière en contexte d'IG, il est possible d'extraire deux constantes principales : les infirmières démontrent différents niveaux d'engagement dans leurs soins envers les femmes et leurs accompagnateurs et elles indiquent différents degrés de facilité à travailler dans un contexte d'IG. Ainsi, l'auteure a procédé à une relecture des 19 entrevues afin d'en dégager des indices sur le niveau d'engagement et la perception quant à la facilité que les infirmières ont à travailler dans un contexte d'IG.

Le niveau d'engagement se traduit ici par la présence répétée ou l'absence de concepts tels que l'accompagnement, le soutien, l'écoute, la présence, l'empathie, offrir soi-même de l'écoute ou diriger vers des ressources extérieures, attendre que l'autre se raconte ou questionner et avoir des propos nuancés ou catégoriques. Quant à la perception que les infirmières ont du degré de facilité de cette expérience d'accompagnement, elle était très clairement mentionnée pour la majorité des infirmières brésiliennes et certaines infirmières québécoises (par exemple, par des propos tels. «je trouve cela très difficile» ou «ce n'est pas une situation que je trouve particulièrement difficile»). Pour les autres infirmières, c'est dans la description de leur accompagnement, de leur perception de la pratique infirmière en contexte d'IG et aussi dans leur demande de formation continue au sujet de l'accompagnement en contexte d'IG que le degré de facilité se dévoilait.

L'arrimage des relations entre ces deux constantes s'illustre graphiquement par l'utilisation d'un plan cartésien (Figure 4) où l'axe vertical représente la facilité (Axe A-B) et l'axe horizontal représente l'engagement (Axe C-D). L'origine (point de rencontre) découlant de l'intersection de ces deux droites représente la position de chacune des 19 infirmières rencontrées. Il est à noter que la position indiquée dans le graphique est variable et qu'elle représente la position dominante de l'infirmière telle qu'exprimée lors de l'entretien.

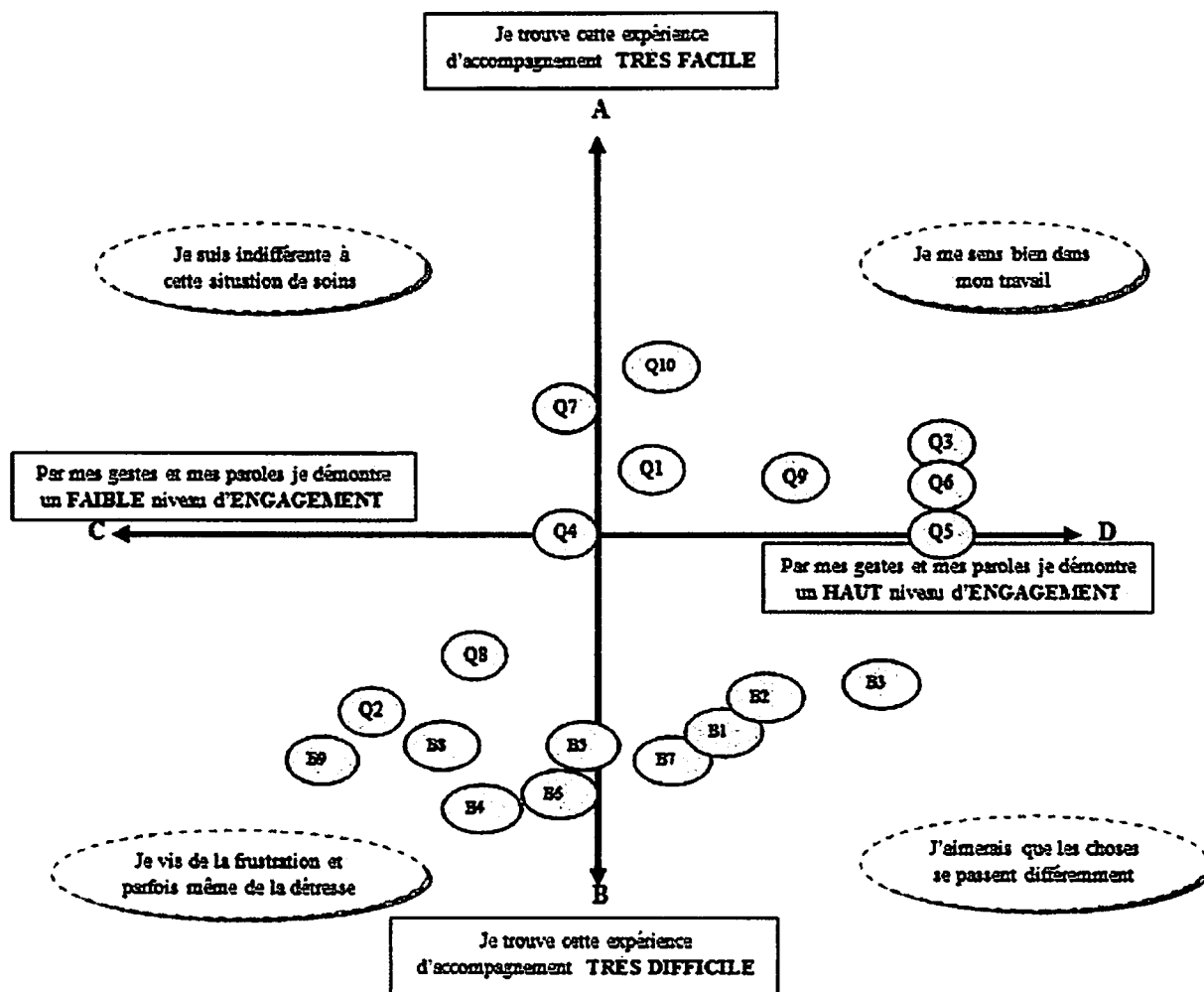


Figure 4. Cartogramme de l'expérience d'accompagnement.

Analyse typologique de l'accompagnement des infirmières en contexte d'IG

Pour chacune des quatre sections formées par le croisement des axes (se référer à la Figure 4), l'auteure a aussi tenté de dégager une impression générale sous forme de phrase formulée à la première personne du singulier. Ainsi, dans le quadrant supérieur droit (Axe D-A), on retrouve les infirmières présentant un haut niveau d'engagement et

ressentant une facilité à travailler dans un contexte d'IG. Cela se traduit par un sentiment de bien-être dans le travail qui forme l'énoncé-type de cet axe : «Je me sens bien dans mon travail». Chez ces infirmières il semble relativement naturel de travailler dans un tel contexte et, bien que certaines situations soient génératrices de questionnements ou de malaise, de façon générale leur opinion de l'IG est assez neutre et leur style d'accompagnement se veut empathique et centré sur les besoins de la femme en demande de services d'IG. La participante Q9 explique bien cette position : «Faut que tu restes le plus neutre possible [Je suis pro-choix]...Pro-choix, ça veut pas nécessairement dire que je ne suis pas pro-vie. Tu sais, un empêche pas l'autre. C'est juste... qu'il faut que tu sois tellement neutre, quand tu regardes la cliente, puis que t'essaies juste de penser à ses besoins à elle.»

Dans le quadrant supérieur gauche (Axe C-A), se trouve des infirmières possédant une facilité à travailler dans un tel contexte, mais un faible niveau d'engagement, ce qui se manifeste par une indifférence certaine face au travail en contexte d'IG. Le discours des infirmières qui se retrouvent dans ce quadrant se généralise par l'énoncé-type : «Je suis indifférente à cette situation de soins». Seulement deux des dix-neuf infirmières rencontrées se retrouvent dans cette partie de la carte (et elles s'y trouvent de façon limitrophe). Cela nous amène à croire que les infirmières, de façon générale, présentent, de façon innée ou acquise par les études, un haut niveau d'engagement envers leur clientèle. Les propos des infirmières Q4 et Q7, illustrent bien ce positionnement sur le cartogramme : «Je ne trouve pas que c'est une situation qui est difficile...

D'accompagner quelqu'un [en contexte d'IG] à travers ce moment-là, c'est pas quelque chose que... qui est drainant pour moi» (Q7); « Je suis vraiment neutre, là, sur le sujet, là. J'ai pas vraiment de préjugés ou rien, je pense que c'est un service, un droit...» (Q4).

Les infirmières qui expriment une difficulté à travailler en contexte d'IG et qui laissent transparaître, dans leur discours, un faible niveau d'engagement dans leurs soins se situent dans le quadrant inférieur gauche du cartogramme (Axe C-B). Cette position semble être génératrice d'un grand malaise pour les infirmières qui s'y retrouvent et se caractérise par les propos «Je vis de la frustration et parfois même de la détresse». On sent chez ces professionnelles un conflit intérieur profond entre leurs croyances personnelles (entre autres quant à leur conception de la vie) et l'attitude d'empathie que leur suggèrent les impératifs de leur profession, comme l'expriment les participants B6 et B9 : «Je suis triste de ce qui arrive [l'avortement provoqué], mais je me retiens [...]de dire si c'est bien ou pas...je dois donner du soutien et tenter de ne pas laisser transparaître de la joie ou de la tristesse devant la patiente» (B6); «Je ne pose aucune question sur ce qui s'est passé [avant l'entrée à l'hôpital]. J'exécute ma routine technique, je fais le suivi des patientes, mais jamais je n'aborde le sujet [l'avortement] avec les femmes» (B9). En effet, à la lumière des constats qui seront énoncés plus bas, le désengagement est souvent une réponse plus ou moins adaptée à la difficulté à travailler dans un contexte où une femme fait le choix de mettre fin à une grossesse.

Enfin, dans le quadrant inférieur droit de la carte (Axe D-B), les infirmières qui y sont regroupées verbalisent une certaine difficulté à travailler dans un contexte d'IG, mais démontrent un haut niveau d'engagement envers leur clientèle. Cette position particulière dans la carte laisse croire que ces infirmières, bien qu'elles trouvent ce contexte de soins difficile (en raison de leurs croyances ou du contexte socio-politique, par exemple), aspirent et s'efforcent à offrir des soins égaux et empathiques à tous leurs patients. Cet axe se définit par l'énoncé-type : « J'aimerais que les choses se passent différemment ». On note aussi chez ces infirmières des propos plus nuancés quant à l'avortement provoqué et parfois même le souhait de voir certains aspects de l'organisation des soins changer pour s'adapter au contexte particulier de l'IG, comme le décrit la participante B3 : « Il faut arrêter cette hypocrisie [la criminalisation de l'IG]. Nous devons accueillir la femme [en demande d'aide] et la soigner de la même façon que nous le ferions pour une femme qui a accouché. »

À la lumière de ces informations et suite à l'analyse du graphique il est possible d'énoncer quelques constats. D'abord, il apparaît évident que pour l'ensemble des infirmières brésiliennes de cette étude cette expérience comporte un nombre certains d'éléments qui différencient l'IG de toute autre pratique de soins, quant à la difficulté qu'elles ressentent d'être en contact avec des femmes ayant mis fin à leur grossesse. En fait, ces dernières rapportent d'abord qu'il s'avère ardu de ne pas laisser leurs croyances personnelles teinter leurs pratiques professionnelles. Ce combat intérieur peut parfois modifier leur niveau d'engagement envers la clientèle (« j'offre les soins requis sans

plus» ou «je m'assure qu'elle reçoive des soins adéquats et empathiques»), mais aussi leurs perceptions de la facilité qu'elles ont à accompagner ces femmes.

Ensuite, bien que le contexte législatif ne soit pas identifié clairement comme pierre d'achoppement à l'accompagnement des femmes admises à l'hôpital, les infirmières brésiliennes rapportent que le silence, le secret et la peur qui entourent l'IG augmentent considérablement la difficulté d'offrir un accompagnement et des soins similaires à ce qui est offert aux autres patients. Cette importante caractéristique socio-politique, qui complexifie les rapports entre l'infirmière et la cliente, modifie considérablement l'allure de la carte. Aussi, sans pouvoir généraliser, il est tout de même possible d'observer que les deux infirmières brésiliennes chez qui on observe le niveau d'engagement le plus élevé sont les deux seules infirmières à avoir partagé, avec l'auteure, une expérience personnelle où elles ont été intimement impliquées dans un processus d'IG.

Chez les infirmières québécoises, bien que la dispersion sur la carte soit plus grande, on observe tout de même quelques constantes. En effet, quatre des six infirmières ne travaillant pas dans une clinique de planning familial se situent au niveau plus faible d'engagement alors que toutes les infirmières qui y travaillent se retrouvent dans le quadrant supérieur droit. Il est aussi à noter que deux des trois infirmières pratiquant sur une unité de périnatalité en centre hospitalier se retrouvent dans une section de la carte

conceptuelle où elles semblent manifester un malaise et parfois de la détresse dans le cadre de ce contexte d'accompagnement.

Si l'axe horizontal (engagement) évoque davantage le contexte professionnel dans lequel évolue la relation entre l'infirmière, la cliente et les accompagnateurs, l'axe vertical (facilité) représente l'ensemble des réactions émotionnelles liées aux croyances personnelles que l'IG suscite. En ce sens, le cartogramme indique une dispersion relativement grande des infirmières brésiliennes et québécoises autour des deux axes. Le portrait global amène à constater que l'IG est un contexte de soins particulier, complexe et parfois difficile pour les infirmières. Toutefois, le choix fait par une minorité d'infirmières (en raison de la spécialité et de la demande dans un tel secteur) de travailler avec une clientèle en demande d'IG teinte possiblement la relation thérapeutique, la perception du rôle infirmier et l'aise à travailler en contexte d'IG. La richesse des résultats dégagés de l'ensemble des entretiens invite à poursuivre la discussion en dégageant deux angles de discussion, soit l'expérience proximale des infirmières d'accompagner des femmes en contexte d'interruption de grossesse et comment cette expérience s'articule en fonction du stigma social de l'IG.

Discussion

La présente étude a pour objectif de décrire et de comprendre l'expérience des infirmières d'accompagner des femmes en contexte d'interruption de grossesse dans deux différents contextes légaux, sociaux, politiques, culturels et linguistiques en dégagant les similitudes et en reconnaissant les différences. Tout au long du processus de recherche l'auteure a cherché à répondre à la question suivante : «Comment est vécue l'expérience des infirmières québécoises et brésiliennes d'accompagner des femmes en contexte d'interruption de grossesse ?». En lien avec cette question, ce dernier chapitre vise à discuter des résultats présentés à la section précédente en proposant des explications aux constats relevés. La première section discute de l'expérience proximale des infirmières d'accompagner des femmes en contexte d'interruption de grossesse. La deuxième section, aborde cette expérience d'accompagnement en fonction du stigma social de l'IG. Finalement, la conclusion du chapitre propose des recommandations quant à la pratique clinique, la gestion, la recherche et la formation.

L'expérience proximale des infirmières d'accompagner des femmes en contexte d'interruption de grossesse

Les résultats présentés dans le précédent chapitre ont permis de détailler l'expérience d'accompagnement en contexte d'IG de 19 infirmières québécoises et brésiliennes. Les constats émergeant de l'un et l'autre des deux groupes à l'étude

permettent d'enrichir la réflexion mutuelle quant à l'accompagnement des infirmières en contexte d'IG. Ainsi, il apparaît que l'expérience proximale d'accompagner des femmes en contexte d'IG est semblable pour les deux groupes d'infirmières. Rappelons la définition que Bronfenbrenner donne aux processus proximaux :

La forme, la force, le contenu et la direction des processus proximaux qui affectent le développement varient systématiquement selon les caractéristiques de la personne en développement, l'environnement (immédiat et éloigné) à l'intérieur duquel les processus prennent place et la nature des résultats développementaux sous observation [traduction libre] (Bronfenbrenner, 1994, p.38).

Seront discutés dans les prochains paragraphes, deux éléments qui apparaissent fondateurs à l'expérience proximale, soit les caractéristiques des personnes (celles des infirmières et celles des femmes) et de l'environnement.

Les caractéristiques personnelles des infirmières

L'expérience proximale d'accompagnement en contexte d'IG, c'est-à-dire dans les liens que l'infirmière tisse avec les femmes, les accompagnateurs et son milieu de travail, est assez similaire chez les infirmières québécoises et brésiliennes. Cela s'explique, entre autres, parce que certaines caractéristiques personnelles de ses infirmières sont aussi très similaires. Les caractéristiques personnelles discutées ici sont celles liées aux valeurs en lien avec l'IG, aux perceptions de l'IG ainsi que leur perception de leur rôle auprès de la clientèle.

D'abord, une dominante dans le discours des infirmières québécoises et brésiliennes est l'effort de conciliation entre les opinions, les croyances personnelles (concernant l'avortement provoqué) et le devoir professionnel. Cet effort d'harmonisation peut être générateur de stress, d'épuisement voire même de perte d'efficacité selon Lipp et Fothergill (2009). L'OMS (2010) rapporte, de son côté, une réalité similaire chez des infirmières sud-africaines. En effet, pour ces dernières, ce sont les croyances religieuses qui teintent négativement la pratique en contexte d'IG. L'ascendant des croyances religieuses ou du discours religieux sur la pratique en contexte d'IG apparaît clairement dans le discours des infirmières brésiliennes rencontrées, mais est aussi retrouvé dans celui des infirmières québécoises. Chez ces dernières, l'influence des croyances spirituelles se perçoit davantage dans la confrontation entre les concepts élargis de «vie» et de «mort». Un certain nombre d'écrits confirment d'ailleurs que les valeurs et les croyances religieuses (ou spirituelles) influencent considérablement les attitudes des infirmières envers leur clientèle en contexte d'IG (Fonnest et al, 2000; Kade, Kumar, Polis, & Schaffer, 2004; Marshall, Gould & Roberts, 1994; Mokgethi, Ehlers & van der Merwe, 2006; Shotorbani, Zimmerman, Bell, Ward & Assefi, 2004).

De plus, l'ambivalence notée chez les clientes par les intervenantes pourrait bien être représentatif de l'ambivalence dans la société en général et chez les infirmières, comme membres de la société, en particulier. Selon Jelen et Wilcox (2003) le conflit interne que vivent les individus entre «la vie» et «le choix», se manifeste par des attitudes qui augmentent l'ambivalence des femmes face à leur propre choix. Ces auteurs

établissent que cette ambivalence serait nourrie par le puissant lobby des organisations religieuses ouvertement pro-vie qui débattent de l'IG sous les thèmes du «respect de la vie» et de «la moralité sexuelle». Jelen et Wilcox (2003) affirment que ces organisations ont beaucoup de pouvoir sur les décideurs par le vote décisif de leurs fidèles. La plus jeune génération (d'infirmières par exemple), qui fréquenterait moins assidument les lieux de cultes et serait moins pratiquante que ses parents, aurait des propos plus nuancés par rapport à l'avortement provoqué.

La relation thérapeutique entre l'infirmière et sa cliente est la base de l'expérience d'accompagnement; elle en crée le contexte. De ce fait, lorsque les infirmières des deux groupes décrivent leur rôle auprès de la clientèle en contexte d'IG, elles indiquent qu'un des aspects importants de leur travail est de fournir une information juste et adaptée qui permet aux femmes de prendre une décision libre et éclairée quant aux services de soins qui leur sont offerts. Dans ce contexte, l'infirmière souhaite présenter une attitude neutre et sans jugement, ce qui est tout à fait similaire aux résultats obtenus par Lipp en 2008(a). En effet, cette dernière étude démontre que les infirmières perçoivent qu'un échange neutre et sans jugement où elles se positionnent comme conseillère sera une stratégie adaptée pour faciliter le choix des femmes quant à l'issue de leur grossesse (IG ou non).

Au sujet des caractéristiques des infirmières quant à leurs pratiques de soins, Mariutti, d'Almeida et Panobianco (2007) donnent la parole à 13 femmes brésiliennes

hospitalisées suite à un avortement provoqué illégalement au sujet de leurs perceptions des services de soins offerts par les infirmières. Ces femmes, rencontrées en cours d'hospitalisation, observent que les infirmières portent attention principalement aux soins physiques, offrant peu d'espace à la discussion ou à l'écoute et notent que les pratiques infirmières sont parfois teintées de jugement, ce qu'elles craignaient avant leur entrée à l'hôpital. Cette observation, de la part des patientes, est similaire à celle des infirmières brésiliennes concernant leurs propres pratiques de soins. On y retrouve la primauté des techniques de soins sur l'écoute thérapeutique et la perception d'une forme de jugement à l'endroit de la clientèle. Les auteurs suggèrent donc d'offrir des soins selon une approche systémique où la cliente ne serait plus stigmatisée à son statut de criminelle, mais bien de femme en demande de soins de santé, évoluant dans un certain contexte socioéconomique, selon des valeurs, des croyances et des habitudes qui lui sont propres.

Le cartogramme présenté précédemment a permis de situer chacune des infirmières en fonction de leur niveau d'engagement envers la clientèle et la facilité qu'elles ont de travailler en contexte d'IG. Le cartogramme illustre donc les différents processus proximaux qui s'opèrent dans cette expérience d'accompagnement. L'engagement envers la clientèle est manifestement ce qui rapproche les deux groupes d'infirmières interrogées, alors que la facilité à travailler en contexte d'IG semble variée selon le milieu de travail et le milieu culturel et politique dans laquelle cette variable prend place. Cela apporte un nouvel éclairage sur l'accompagnement des infirmières en contexte

d'IG alors qu'aucune autre étude, à notre connaissance, ne s'était intéressée à ces variables.

Les perceptions des infirmières des caractéristiques personnelles des femmes

Les caractéristiques des femmes en demande de services et de soins, sont en fait les perceptions que les infirmières formulent au sujet de leur clientèle. Pourtant, elles sont à la base de la relation qu'elles développeront tout au long de l'épisode de soins.

Ainsi, à la lumière de leurs témoignages, on constate que toutes les infirmières rencontrées sont en mesure de décrire leur clientèle et, parfois, le contexte qui la mène à faire le choix de l'avortement comme issue à sa grossesse. Si les infirmières québécoises sont en contact avec une clientèle en demande de service d'IG dans divers milieux de soins (scolaire, clinique de planning familial, CLSC et centre hospitalier), les infirmières brésiliennes, quant à elles, rencontrent les femmes majoritairement à l'hôpital ou en cliniques externes. Les variantes quant aux clientèles peuvent être associées au milieu de travail. Ainsi, les infirmières scolaires ont généralement une population étudiante, jeune-adulte ou adolescente alors que celles qui travaillent en centre hospitalier au Québec, ont davantage de femmes qui désirent mettre fin à leur grossesse suite à un diagnostic de malformation chez le fœtus et des femmes vivant dans des contextes socio-économiques difficiles. C'est dans les cliniques de planning familial que la diversité dans la clientèle semble être plus grande. Pour les infirmières brésiliennes, bien qu'il soit difficile de dresser un portrait clair de la clientèle, il semble que plusieurs jeunes femmes issues de

milieux socio-économiques précaires se présentent en centre hospitalier suite à une complication d'une tentative d'IG à domicile. Ce profil, d'une clientèle aux caractéristiques variées (âge, classe socio-économique, éducation, nombre d'enfants, etc.), est tout à fait conforme à ce que rapportent les auteurs brésiliens qui s'intéressent à l'IG (de Matos, Luz, Pelloso & Carvalho, 2007; Gesteira, Diniz & de Oliveira, 2008; Gesteira, Barbosa & Endo, 2006 ; Mariutti, de Almeida & Panobianco, 2007; Ministério da Saúde do Brasil, 2008).

Les caractéristiques du milieu

Les caractéristiques du milieu, qui définissent de façon comparable les liens proximaux des infirmières brésiliennes et québécoises en contexte d'IG, sont celles liées à l'environnement de travail dans lequel ces infirmières évoluent et sont en relation avec une clientèle en contexte d'IG.

À cet effet, l'analyse des résultats permet de mettre en évidence des réalités similaires chez les infirmières québécoises et brésiliennes qui travaillent en milieu hospitalier, sur une unité d'obstétrique. Dans ce secteur d'activité, on perçoit un malaise provoqué par la décision d'une femme de mettre fin à une grossesse (donner «la mort») et le choix des infirmières de travailler en contexte de naissance (donner la «vie»). Chez ces infirmières, il est possible que le manque d'informations liées à l'IG entretienne les croyances contraignantes face à cette situation de soins. Bien que les infirmières des cliniques de planning familial du Québec dénoncent aussi le manque de formation, la

simple proximité avec d'autres professionnels de la santé qui œuvrent dans le domaine de l'IG et le contact routinier avec la clientèle, nourri les connaissances informelles et allège la détresse qui caractérise le manque de connaissances. . Lipp et Fothergill (2009) confirment que l'inconfort et le stress que vivent les infirmières en contexte d'IG est en effet fortement relié au soutien reçu par les pairs et par le milieu de travail. L'étude de Mokgethi, Ehlers et van der Merwe (2006) ajoute que le manque de soutien de la part des gestionnaires envers leurs employés qui travaillent dans un contexte d'IG est un défi à surmonter afin de rendre parfois plus acceptable ou confortable ce type de situation de soins.

En lien avec la précédente observation, il est intéressant de se questionner sur ce qui motive des infirmières à choisir le travail en clinique de planning familial, dans un contexte où l'avortement provoqué, les femmes qui en font le choix et les travailleurs qui les accompagnent font l'objet d'une certaine forme de stigmatisation. L'OMS (2010) avance les raisons suivantes : la suite logique d'un parcours professionnel, l'exposition antérieure aux conséquences morbides ou mortelles de la pratique illégale de l'IG et l'expérience personnelle (directe ou indirecte) de l'IG.

Dans le même sens, la présente étude évoque la possibilité que les infirmières qui travaillent régulièrement auprès des femmes en demande de services d'IG envisagent leur travail avec plus de facilité et démontrent plus d'engagement envers leur clientèle que celles qui, au contraire, travaillent dans un contexte d'obstétrique ou de périnatalité

où les IG sont plutôt rares. Il est possible qu'une unité d'obstétrique rende plus difficile l'accompagnement infirmier en contexte d'IG, car le choix de travailler avec la grossesse et la naissance qui se confronte aux choix de mettre fin à une grossesse Lipp (2008a) reconnaît d'ailleurs l'intensité émotionnelle générée par l'accompagnement de femmes en contexte d'IG, principalement sur des unités d'obstétrique, et recommande que les pratiques exemplaires et l'expertise soient partagés avec des intervenants qui travaillent régulièrement en contexte d'IG.

Au-delà des pratiques de soins, le milieu de travail est aussi perçu comme un lieu possible d'apprentissage et de formation. Ainsi, à l'instar de Fonnest, Søndergaard, Fonnest et Vedsted-Jacobsen (2000), une grande majorité des 19 infirmières rencontrées constatent que l'IG est un contexte de soins complexe qui nécessiterait davantage de formation en cours d'emploi, mais aussi dès la formation initiale. Par exemple, bien qu'elles louangent la qualité des services d'IG offerts au Québec, les infirmières québécoises déplorent le manque, voire l'absence de guides cliniques concernant le soutien psychologique à offrir à la femme et ses proches-accompagnateurs. La place que l'on accorde à ces derniers serait d'ailleurs à revoir dans certains milieux, aux dires d'une majorité d'infirmières. Or, un certain nombre d'auteurs ont déjà fait la preuve de l'existence d'un vécu émotif complexe chez les proches et plus particulièrement les partenaires qui se doit d'être reconnu par les professionnels de la santé (Coyle, 2006; Coleman, Rue & Coyle, 2009; Halldén & Christensson, 2010; Lipp, 2008c; McCreight, 2004). Les propos des infirmières québécoises font donc écho aux constatations de Lipp

(2008a, c) pour qui l'intégration des proches-accompagnateurs tout au long de l'épisode de soins est un défi, mais aussi une des habiletés que doit développer l'infirmière.

Le stigma social de l'IG

Kumar, Hessini et Mitchell (2009) émettent l'hypothèse que les processus proximaux impliqués dans l'accompagnement des infirmières en contexte d'IG sont fortement influencés par le stigma de l'IG et que ce dernier se construit à différents niveaux dans la société (macro, méso et exo-système). Subséquemment, alors que la grande majorité des infirmières rencontrées dans le cadre de cette étude affirment que l'IG est une expérience de soins complexe, Kumar, Hessini et Mitchell (2009) offre une explication intéressante à cette complexité en présentant l'IG comme un stigma dont la production est à la fois sociale et locale. Les éclaircissements qu'ils donnent quant à la production de la stigmatisation de l'avortement provoqué expliquent ce que les infirmières brésiliennes rapportent quant au silence, au secret et à la peur, mais aussi aux infirmières québécoises qui croient qu'il existe toujours un tabou face à cette pratique. Ainsi, ils exposent un paradoxe circulaire à l'effet que malgré la grande prévalence de cette intervention, la société continue à traiter comme anormale la pratique de l'IG. Cela a différentes conséquences : 1) la norme sociale, affirmant que l'IG est une pratique déviante est maintenue; 2) les femmes et les intervenants qui vivent une IG font face à de la discrimination; 3) les femmes et les intervenants ont peur de la stigmatisation; 4) les femmes taisent volontairement l'IG alors que les intervenants taisent leur travail

auprès de cette clientèle et, par le fait même entretiennent la croyance que l'IG est une pratique anormale et ainsi de suite.

La production circulaire de la stigmatisation de l'avortement s'articule dans différents espaces et, à la manière du modèle écologique du développement humain de Bronfenbrenner, les auteurs identifient cinq niveaux où se manifeste ce stigma : l'individu (micro-système), la communauté (méso-système), les organisations et les institutions (exo-système), les facteurs structureaux et gouvernementaux (macro-système) et finalement, les éléments du discours et de la culture de masse. À ce dernier niveau, les auteurs (Kumar, Hessini & Mitchell, 2009) rapportent que l'utilisation des termes «enfant», «bébé» et la multiplication des échographies (avec images en trois dimensions) amènent la personnalisation précoce du fœtus et rend, inévitablement, violente, cruelle et injustifiée toute tentative de mettre fin à cette vie.

Au niveau gouvernemental et structurel, Kumar, Hessini et Mitchell (2009) rappellent que les lois et les politiques en matière de santé sexuelle sont la réflexion d'idéologies du pouvoir en place. Ainsi, au Canada il existe un paradoxe immense entre l'apparente libéralisation des opinions face à l'IG (en raison de l'absence de législation), l'accès restreint aux services d'IG dans différentes provinces et le tabou encore palpable par les infirmières rencontrées. Au Brésil, la criminalisation de l'avortement provoqué est en partie responsable de la marginalisation de cette pratique, bien que l'insertion de dogmes religieux dans les discours politiques puisse aussi trouver écho chez les

citoyens. En fait, il est à se demander si, dans un contexte où la peur, le silence et le secret seraient des acteurs moins déterminants, les infirmières brésiliennes démontreraient plus de facilité et plus d'engagement envers cette clientèle.

Tant les infirmières québécoises que brésiliennes font l'expérience de la stigmatisation. Au Québec cela se manifeste, entre autres, par le choix de certaines infirmières de filtrer à qui elles vont partager l'information quant à leur milieu de travail ou par le refus de travailler en contexte d'IG. Dans les pratiques de soins brésiliennes, le stigma de l'IG est maintenu, en partie, par la réticence de briser le silence des femmes sur le réel motif de leur hospitalisation. Ces dernières gardent d'ailleurs le silence en raison de la stigmatisation qu'elles pourraient vivre de retour dans leur communauté et plus spécifiquement dans leur famille. La communauté ou le quartier étant une entité identitaire en soi au Brésil, les jugements pourraient être générateur d'anxiété et exacerber un processus de deuil difficile chez les femmes.

Les facteurs individuels pourraient ici être les processus internes par lesquels l'infirmière interprète et analyse son expérience d'accompagnement dans un contexte d'IG. Si la honte et la culpabilité sont les manifestations les plus fréquentes du stigma de l'IG vécu par la femme, cette étude démontre que le faible niveau d'engagement, la détresse, la frustration et la difficulté à accompagner une clientèle en contexte d'IG seraient les manifestations de ce même stigma pour les infirmières. Il est aussi permis de reprendre les propos de Kumar, Hessini et Mitchell (2009) qui affirment que

l'avortement transgresse les trois idéaux de la féminité : la fécondité perpétuelle, l'inévitabilité de la maternité et l'instinct de maternité. Cette transgression serait à l'origine du malaise social lié à l'IG, mais aussi à l'inconfort que ressentent certaines infirmières.

En somme, ce mémoire comporte des aspects inédits qui bonifient la compréhension actuelle de l'expérience des infirmières d'accompagner des femmes en contexte d'IG dans différents contextes légaux, sociaux, politiques, culturels et linguistiques. Bien qu'à prime abord les deux groupes d'infirmières semblaient totalement disparates, les résultats générés démontrent en effet une complémentarité certaine qui nourrit le savoir des sciences infirmières.

D'abord, bien que l'IG soit une pratique légale au Canada, cette étude fait, pour la première fois, état de l'expérience des infirmières québécoises de travailler auprès d'une clientèle en demande de services d'IG. Les résultats brésiliens contribuent à cette nouvelle perspective en léguant une mémoire de ce que pouvaient être les pratiques de soins mais aussi les conflits moraux, éthiques, personnels et professionnels que vivaient les infirmières avant la décriminalisation de l'avortement provoqué au Canada. Les résultats brésiliens ouvrent donc une fenêtre sur une réalité inconnue d'un grand nombre d'infirmières québécoises, les sensibilisant à la réalité de leurs collègues étrangères, mais aussi des femmes immigrantes.

De la même manière, puisque les études descriptives portant sur l'expérience des infirmières brésiliennes en contexte d'IG se font rares au Brésil, la publication de tels constats permet de nommer des réalités méconnues et facilitera les soins offerts par les infirmières aux femmes et aux accompagnateurs. Si les résultats brésiliens nourrissent les connaissances des infirmières québécoises, les infirmières brésiliennes quant à elles sont en mesure de démystifier la réalité d'un pays où la pratique d'IG est légalisée et peuvent constater la surprenante similarité entre leur vécu et celui des infirmières québécoises.

Enfin, la mise en commun des résultats québécois et brésiliens permet de rallier des réalités fort différentes d'un point de vue macroscopique, mais somme toute assez semblables d'un point de vue microscopique. Dans une perspective de globalisation des connaissances, aucune étude ne permettait d'utiliser un langage commun pour parler de cette expérience universelle.

Recommandations

La pratique clinique

Émettre des recommandations pour la pratique clinique en contexte d'IG implique une prise de conscience préalable de ce que sont les impondérables du travail d'une infirmière, selon l'auteure: manque de temps, manque d'effectifs et manque de ressources financières de la part du milieu pour offrir de la formation. Les 19 infirmières rencontrées ont toutefois une qualité qui leur permet de maintenir la qualité de leurs

soins, c'est-à-dire leur capacité d'introspection. Cette qualité favorise l'articulation d'une pensée critique à l'endroit des services offerts et du milieu de soins et peut, ultimement, mobiliser les pairs et entraîner des changements organisationnels. Ainsi, il est fondamental que les infirmières, comme acteur de premier plan des soins en contexte d'IG, nomment leurs préoccupations, leurs suggestions et leurs pratiques facilitantes à leurs gestionnaires afin de sensibiliser le milieu à cette réalité des soins infirmiers. Aussi, comme témoin privilégié, l'infirmière peut estomper la zone d'ombre qui existe autour de l'avortement provoqué en l'abordant de façon ouverte et en proposant des espaces formels ou informels de discussion et de consultation à ce sujet. Une infirmière pourrait, par exemple, proposer un échange entre les professionnels d'une même équipe au sujet de l'IG, pour identifier de nouveaux outils pour faire face à des situations jugées difficiles. Finalement, dans le même esprit que les autres contextes de soins dans lesquels elle évolue, l'infirmière doit nécessairement aborder l'avortement selon une philosophie systémique davantage qu'individualiste. Offrir un temps de parole aux accompagnateurs et valoriser leur importance tout au long de la procédure de soins sont autant de façon d'appliquer cette recommandation.

La gestion

Les gestionnaires de services de santé où s'offrent des IG ont un pouvoir relatif sur la modification des pratiques de soins et sur la qualité et la quantité de ces services. Toutefois, à la lumière des résultats obtenus, il s'avère impératif qu'ils soutiennent l'offre de la formation à l'interne ou à l'externe au sujet de l'IG et ce de façon

systematique tout au long du lien d'emploi. Ces formations doivent à la fois être un lieu d'apprentissage, mais surtout un lieu de discussion et de réflexions où le personnel peut partager certaines situations de soins et chercher du soutien des pairs. Aussi, les différents paliers gouvernementaux et les gestionnaires doivent travailler de concert avec les employés afin de développer des services novateurs tels que : le soutien en période post-IG et l'approche systémique en contexte d'IG. Cette mobilisation des travailleurs vers un objectif d'amélioration des services en contexte d'IG, s'avèrerait, particulièrement en centre hospitalier, un moyen efficace pour développer un sentiment d'appartenance au milieu et diminuer l'inconfort lié à cette pratique de soins. Enfin, il est impossible de passer sous silence le manque flagrant d'intérêt, de budget et d'effectif de la part des différentes instances gouvernementales mondiales en ce qui a trait à la prévention primaire dans le secteur de la santé sexuelle. Moins d'enseignement sur la sexualité et la contraception⁷ entraîne inévitablement un manque de connaissance chez les jeunes, des comportements à risque, des grossesses indésirées et, par conséquent, une hausse mondiale des risques liés à l'IG.

⁷Depuis la réforme scolaire (de niveau primaire et secondaire) de 2001, au Québec, les cours d'éducation à la sexualité ont été graduellement abolis du cursus de formation. L'enseignement de cette matière relève maintenant de la responsabilité de tous les enseignants (MÉQ, 2003).

La recherche

Les résultats de cette étude ne représente qu'une vue parcellaire de l'expérience complexe qu'est l'IG. Cela invite bien entendu la communauté scientifique à poursuivre la recherche sur l'expérience de l'avortement provoqué dans le but avoué de construire un savoir propre à cette situation particulière de soins et, par le fait même, d'offrir aux cliniciennes, aux professeurs et aux gestionnaires des résultats probants avec lesquels développer des pratiques cohérentes. En effet, il apparait évident, à l'analyse des 19 entrevues, que les savoirs empruntés à l'obstétrique, à la périnatalité, au deuil et à la santé mentale ne suffisent plus pour conjuguer adéquatement avec cette situation de soins. Aussi, bien que ce thème de recherche soit parfois perçu comme une prise de position politique et légale, il importe d'entreprendre des activités de recherche pour libéraliser les discussions qui l'entoure et approfondir des facettes peu traitées. Ces dernières peuvent être, par exemple, l'expérience des accompagnateurs, l'expérience des conjoints, la réalité des femmes immigrantes en demande d'IG, l'expérience des femmes tout au long du processus d'IG (et non pas segmenter l'expérience en périodes avant, pendant et après) et les conséquences psychologiques à moyen et long terme d'une IG.

Pour ce faire, il s'avère primordial de varier les orientations méthodologiques tout autant que les devis de recherche. Ainsi, l'utilisation d'un devis quantitatif pourrait, par exemple, comparer les expériences de travail des infirmières en clinique d'IG et celles en centre hospitalier pour valider l'hypothèse que les infirmières en clinique d'IG ont plus de facilité à travailler dans un tel contexte en raison de leurs expériences antérieures

de travail. Dans le cadre d'activités de recherche futures, il serait aussi tout à fait à propos, compte tenu des résultats obtenus dans la présente étude de faire l'essai clinique d'une intervention (sous forme de module de formation-réflexive) auprès d'infirmières en centre hospitalier afin d'évaluer si une formation adaptée à leur réalité clinique permet de soulager leur inconfort et leur détresse. Enfin, des échantillons de plus grande taille et des études longitudinales sont à espérer pour les futures recherches portant sur l'expérience de l'IG.

La formation

La présente étude démontre l'importance de la formation continue et de la formation initiale pour favoriser le développement des connaissances au sujet de l'expérience de l'avortement provoqué. L'auteure suggère d'ailleurs d'introduire différents aspects de cette spécialité tout au long des années d'études, comme il est déjà prévu pour d'autres spécialités telles que la santé mentale, l'oncologie, l'endocrinologie, etc. Il pourrait être tout aussi à propos d'y accorder un certain nombre d'heure dans le cours théorique portant sur la périnatalité. L'IG étant essentiellement stigmatisée comme un débat éthique et moral dans les cours portant sur l'éthique et le droit, les programmes de formation doivent plutôt évoluer dans le sens des préoccupations actuelles des grandes organisations de la santé et des infirmières qui travaillent dans un tel contexte de soins. Ainsi, il serait pertinent d'aborder l'avortement provoqué comme un problème de santé publique (lié à d'autres questions de santé publiques telles que la contraception, la grossesse et le taux de mortalité maternelle) et comme une intervention qui touche

différents secteurs d'activités des soins infirmiers où l'infirmière a un rôle prépondérant à jouer.

Que ce soit pour des activités de formation continue ou dans le cadre de la formation initiale, le contenu pourrait aussi inclure le témoignage de femmes ayant vécu une IG et d'accompagnateurs pour partager leurs expériences et leurs perceptions des soins. Particulièrement dans le cadre d'activité de formation continue, il serait idéal que des infirmières de différents milieux de soins (clinique d'IG, centre hospitalier, scolaire, etc.) puissent venir partager leur expérience de travail et leur vision de la pratique infirmière en situation d'IG. Cela favoriserait possiblement les échanges, démystifierait des pratiques méconnues et générerait un sentiment d'appartenance entre toutes les infirmières qui travaillent en contexte d'IG. Ces modules de formation pourraient être enseignés ou partagés avec des milieux d'enseignement de pays tel que le Brésil où l'accès à cette information est restreint bien qu'essentiel.

Conclusion

En conclusion, le but de cette étude de type phénoménologique était de décrire et de comprendre l'expérience des infirmières d'accompagner des femmes en contexte d'interruption de grossesse dans deux différents contextes légaux, sociaux, politiques, culturels et linguistiques en dégagant les similitudes et en reconnaissant les différences. Tout au long du processus de recherche l'auteure a cherché à répondre à la question suivante «Comment est vécue l'expérience des infirmières québécoises et brésiliennes d'accompagner des femmes en contexte d'interruption de grossesse ?»

Les résultats ont émergé des dix entrevues semi-structurées menées auprès d'infirmières québécoises et de neuf infirmières brésiliennes. Les résultats font état de certaines de leurs caractéristiques sociodémographiques et de leurs perceptions de l'accompagnement en contexte d'IG. Lors de la mise en commun de l'expérience de deux groupes il a été possible de dégager les croyances contraignantes et facilitantes au sujet de l'IG selon le modèle «Illness Beliefs» de Wright et Bell (2009) et les éléments du discours qui permettent de décrire l'expérience d'accompagnement selon le point de vue écologique du développement humain de Bronfenbrenner (1994).

L'analyse des résultats permet d'affirmer que l'expérience d'accompagnement de femmes en contexte d'interruption de grossesse par les infirmières, est une expérience

complexe. Ces intervenantes de la santé ont en effet un rôle prépondérant à jouer auprès de cette clientèle et ce, qu'elles aient fait le choix ou non de travailler en contexte d'IG. Toutefois, malgré l'aspect relativement commun de cette procédure de soins, il subsiste toujours de l'inconfort relatif ou total envers l'avortement provoqué.

Cet inconfort, vécu faiblement à intensément selon les infirmières prend racine localement dans les croyances contraignantes des infirmières, dans leur environnement familial et social proximal, dans leurs croyances religieuses et leurs expériences passées, mais aussi plus globalement dans la société dans laquelle elles évoluent comme personne et professionnelle. Cette étude fait état du contexte global dans lequel prend place l'accompagnement des femmes en contexte d'IG et plus particulièrement de l'importance de la stigmatisation de l'IG sur les pratiques infirmières. Les constats découlant de cette analyse permettent de comprendre l'universalité des défis et les vecteurs facilitants la pratique infirmière en contexte d'IG.

Globalement, les constats émis sont en accord avec les écrits actuels dans ce champ d'intérêt et complètent les études concernant l'expérience des infirmières. Parent pauvre de la recherche scientifique, l'IG ne fait pas couler beaucoup d'encre et génère des résultats parcellaires. Cette étude apporte un éclairage nouveau à des réalités peu décrites auparavant, c'est-à-dire l'expérience québécoise et brésilienne d'accompagner des femmes en contexte d'IG. On y comprend mieux les contextes écologiques desquels émergent les attitudes et les croyances des infirmières envers cette expérience et

l'utilisation conjointe des concepts d'engagement et de facilité a permis de représenter l'expérience d'accompagnement par les infirmières.

Les infirmières qui, dans différents environnements sociaux, politiques, linguistiques, culturels et religieux, accompagnent une clientèle en en contexte d'interruption de grossesse se doivent de recevoir une formation adaptée à la réalité de leur milieu de travail, d'être accompagnée dans leurs pratiques d'accompagnement et de bâtir leurs pratiques sur des connaissances propres à cette spécialité. En plus, mieux comprendre et définir leur rôle auprès des femmes en contexte d'IG accentuera le confort et le bien-être qu'elles ressentent au travail. Enfin, les infirmières, par la nature même de leur travail peuvent être des agents de changement qui, pour la santé de milliers de femmes, repositionneront le débat concernant l'avortement provoqué comme en étant un de santé publique et non pas tant un enjeu politique, moral ou éthique.

Références

- Abboud, L., & Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23 (1), 3-18.
- Adamczyk, A. (2008). The effects of religious contextual norms, structural constraints, and personal religiosity on abortion decisions. *Social Science Research*, 37, 657–672.
- Adesse, L., & Monteiro, M.F.G. (2007). *Magnitude do aborto no Brasil: Aspectos epidemiológicos e sócio-culturais* [Ampleur de l'avortement provoqué au Brésil : Aspects épidémiologiques et socio-culturels]. *IPAS Brazil*. Document récupéré de : http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file702_3556.pdf
- Allanson, S. (2007). Abortion decision and ambivalence: insights via an abortion decision balance sheet. *Clinical Psychologist*, 11(2), 50-60.
- Association canadienne pour la liberté de choix (ACLC) & Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) (2010). *Le point sur les services d'avortement au Québec*. Ottawa et Montréal: Auteurs.
- Avortementivg.com. (2008). *L'avortement dans le monde pays par pays*. Document récupéré le 15 février 2011 de http://www.avortementivg.com/pages/Lavortement_dans_le_monde_pays_par_pays-690712.html#bresil
- Beyer, C. (2011). *Edmund Husserl*. Document récupéré le 15 mai 2011 de <http://plato.stanford.edu/entries/husserl>
- Burns, N., & Grove, S.K. (2009). *The Practice of Nursing Research. Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6^e éd.). Saint Louis: Saunders Elsevier.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. Dans T. Husen & T. N. Postlethwaite (Éd.) *International Encyclopedia of Education Vol.3* (2^e éd.). Oxford : Elsevier. Réimprimé dans Gauvain, M. & Cole, M. (Éd.) (1993). *Readings on the development of children* (2^e éd.). New York : Freemans.
- Bruns, M. A. T., & Holanda, A. F. (2003). *Psicologia e Pesquisa fenomenológica: Reflexões e Perspectivas* [Psychologie et recherche phénoménologique : réflexions et perspectives]. Campinas: Alínea.

- Center for reproductive rights (CRR). (2008). *The world's abortion laws*. Document récupéré le 5 juin 2011 de http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/pub_fac_abortionlaws2008.pdf
- Coleman, P. K., Reardon, D. C., Strahan, T., & Cogle, J. R. (2005). The psychology of abortion: a review and suggestions for future research. *Psychology & Health, 20*(2), 237-271.
- Coleman, P.K., Rue, V.M., & Coyle, C.T. (2009). Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago Health and Social Life Survey. *Public Health, 123*, 331–338.
- Conseil international des infirmières (CII). (2002). *La santé des femmes* (éd. rév.). Genève : Auteur.
- Cour suprême du Canada. (1988). *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30. Document consulté le 13 septembre 2010 de <http://csc.lexum.org/fr/1988/1988rcs1-30/1988rcs1-30.html>
- Cour suprême du Canada. (1989). *Tremblay c. Daigle*, [1989] 2 R.C.S. 530. Document consulté le 13 septembre 2010 de <http://csc.lexum.org/fr/1989/1989rcs2-530/1989rcs2-530.html>
- Coyle, C.T. (2006). Men and abortion: a review of empirical reports concerning the impact of abortion on men. *Internet Journal of Mental Health, 3*(2).
- de Matos, J.C., Luz, G.S., Pelloso, S.M., & Carvalho, M.D.B. (2007). Mortalidade por aborto no Estado do Paraná: 1998 a 2004 [Mortalité liée à l'avortement dans l'état du Paraná]. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 9*(3), 806-814.
- Fonnest, I. de la F., Søndergaard, F., Fonnest, G., & Vedsted-Jacobsen, A. (2000). Attitudes among health care professionals on the ethics of assisted reproductive technologies and legal abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 79*, 49–53.
- Dunn, M. (2008). Chronologie des menaces au droit à l'avortement. *À bâbord, été*, p.30.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2007). Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health, 39*(1), 6-12.
- .

- Fielding, S.L., Edmunds, E., & Schaff, E.A. (2002). Having an abortion using Mifepristone and home Misoprostol: a qualitative analysis of women's experiences. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34(1):34–40.
- Fontaine, J.J. (2010, octobre). *L'avortement, invité surprise de la présidentielle au Brésil*. Document consulté le 27 novembre 2011 de <http://www.rue89.com/2010/10/28/lavortement-invite-surprise-de-la-presidentielle-au-bresil-173578>
- Gallagher, K., Porock, D., & Edgley, A. (2010). The concept of 'nursing' in the abortion services. *Journal of Advanced Nursing* 66(4), 849–857.
- Gasnier, A. (2010, octobre). *Présidentielle au Brésil: Dilma Rousseff devrait finalement être élue*. Document consulté le 27 novembre 2011 de <http://www.rfi.fr/ameriques/20101030-presidentielle-bresil-dilma-rousseff-devrait-finalement-etre-elue>
- Gesteira, S.M. dos A, Barbosa, V.L., & Endo, P.C. (2006). Loss and grief of women who had an abortion. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4), 462-467.
- Gesteira, S.M.d.A, Diniz, N.M.F., & de Oliveira, E.M. (2008). Healthcare for women in process of induced abortion: statements of nursing professionals. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 449-53.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260.
- Goodwin, P., & Ogden, J. (2007). Women's reflections upon their past abortions: an exploration of how and why emotional reactions change over time. *Psychology and Health*, 22(2), 231–248
- Halldén, B., Christensson, K., & Olsson, P. (2005). Meanings of being pregnant and having decided on abortion: young Swedish women's experiences. *Health Care for Women International*, 26(9), 788-806.
- Halldén, B., & Christensson, K. (2010). Swedish young men's lived experiences of a girlfriend's early induced abortion. *International Journal of Men's Health*, 9(2), 126-143.
- Hanna, D.R. (2005). The lived experience of moral distress: nurses who assisted with elective abortion. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 19 (1), 95-124.

- Hemmerling, A., Siedentopf, F., & Kentenich, H. (2005). Emotional impact and acceptability of medical abortion with mifepristone: A German experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(1), 23-31.
- Institut de la statistique du Québec (2011). *Interruptions volontaires de grossesse (nombre, rapport pour 100 naissances et taux pour 1 000 femmes), hystérectomies, ligatures, vasectomies, réanastomoses et vasovasostomies, Québec, 1971-2009*. Récupéré le 2 juin 2011 de http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/naissance/415.htm
- Institut Guttmacher (2009a). *Facts on abortion and unintended pregnancy in latin America and the Caribbean*. Washington DC et New York: Auteur.
- Institut Guttmacher (2009b). *Abortion Worldwide : a decade of uneven progress*. Washington DC et New York : Auteur.
- Institut Guttmacher & Organisation mondiale de la santé (OMS). (2007). *Facts on induce abortion worldwide*. Genève, Washington DC et New York: Auteurs.
- Institut Guttmacher & Organisation mondiale de la santé (OMS). (2011). *Facts on induce abortion worldwide*. Genève, Washington DC et New York: Auteurs.
- Jelen, T.G., & Wilcox, C. (2003). Causes and Consequences of Public Attitudes Toward Abortion: A Review and Research Agenda. *Political Research Quarterly*, 56 (4), 489-500.
- Kalyanwala, S.,Zavier A.J.F, Jejeebhoy, S., & Kumar, R. (2010). Abortion experiences of unmarried young women in India: evidence from a facility-based study in Bihar and Jharkhand. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(2), 62–71.
- Kade, K., Kumar, D., Polis, C., & Schaffer, K. (2004). Effect of nurses' attitudes on hospital-based abortion procedures in Massachusetts. *Contraception*, 69(1), 59-62.
- Kaye, D. K. (2006). Community Perceptions and Experiences of Domestic Violence and Induced Abortion in Wakiso District, Uganda. *Qualitative Health Research* 16 (8), 1120-1128.
- Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), 625 -639.
- Lipp, A. (2008a). A woman centred service in termination of pregnancy: A grounded theory study. *Contemporary Nurse*, 31, 9-19.

- Lipp, A. (2008b). Challenges in abortion care for practice nurses. *Practice Nursing, 19*(7), 326-329.
- Lipp, A. (2008c). Supporting the significant other in women undergoing abortion. *British Journal of Nursing, 17* (19), 1232-1236.
- Lipp, A. (2009) Termination of pregnancy: a review of psychological effects on women. *Nursing Times, 105* (1), 26–29.
- Lipp, A., & Fothergill, A. (2009). Nurses in abortion care: identifying and managing stress. *Contemporary Nurse, 31*, 108-120.
- Mariutti, M.G., de Almeida, A.M., & Panobianco, M.S. (2007). Nursing care according to women in abortion situations. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15*(1), 20-26.
- Marek, M. J. (2004). Nurses' attitudes toward pregnancy termination in the labor and delivery setting. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 33*, 472–479.
- Marshall, S.L., Gould, D., & Roberts, J. (1994). Nurses' attitudes towards termination of pregnancy. *Journal of Advanced Nursing, 20*, 567-576.
- McCreight, B.S. (2004). A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociology of Health & Illness, 26*(3), 326–350.
- Meyor, C. (2005). La phénoménologie dans la méthode scientifique et le problème de la subjectivité. *Recherches qualitatives, 25*(1), 25-42.
- Mavroforou, A., Koumantakis, E., & Michalodimitrakis, E. (2004). Adolescence and Abortion in Greece: Women's profile and perceptions. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology, 17*, 321-326.
- Ministère de l'Éducation du Québec (MÉQ). (2003). *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*. Québec : Auteur
- Ministério da Saúde do Brasil. (2008). *Aborto e saúde pública : 20 anos de pesquisas no Brasil* [Avortement et santé publique : 20 ans de recherche au Brésil]. Brasília-DF: Auteur.
- Mokgethi, N.E., Ehlers, V.J., & van der Merwe, M.M. (2006). Professional nurses' attitudes towards providing termination of pregnancy services in a tertiary hospital in the North West province of South Africa. *Curationis, 29* (1), 32-39.

- Moreira, D.A. (2002). *O método fenomenológico na pesquisa* [La méthodologie phénoménologique dans la recherche]. São Paulo: Thomson Pioneira.
- Morse, J.M. (1989). Qualitative nursing research: A contemporary dialogue. Dans H.J.S. Speziale, & D.R. Carpenter, (2007). *Qualitative research in nursing Advancing the humanistic imperative*, (4ième éd.), (pp.93-95). Philadelphie: Lippincott Williams & Wilkins.
- Munhall, P. (1989). Philosophical ponderings on qualitative research methods in nursing. Dans H.J.S. Speziale, & D.R. Carpenter, (2007). *Qualitative research in nursing Advancing the humanistic imperative*, (4ième éd.), (pp.80-81). Philadelphie: Lippincott Williams & Wilkins.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2010). *What health-care providers say on providing abortion care in Cape Town, South Africa: findings from a qualitative study*. Genève: Auteur.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2004). *Avortement médicalisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*. Genève: Auteur.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1997). *Planification familiale après l'avortement : guide pratique à l'intention des responsables de programmes*. Genève: Auteur.
- Paquette, D., & Ryan, J. 2001. *Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory*. Document consulté le 30 mars 2010 de <http://pt3.nl.edu/paquetteryanwebquest.pdf>
- Pokladek, D.D. (2004). *A fenomenologia do cuidar: prática dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional* [La phénoménologie de prendre soin : la pratique des horizons vécus dans les secteurs éducatifs et organisationnels de la santé]. Vetor : São Paulo.
- Radio Canada (2011). *Un député conservateur veut rouvrir le débat sur l'avortement*. Document consulté le 29 septembre 2011 de <http://www.radio-canada.ca/nouvelles/National/2011/09/29/001-brad-trost-avortement.shtml>
- Reinharz, S. (1983). Phenomenology as a dynamic process. Dans H.J.S. Speziale, & D.R. Carpenter, (2007). *Qualitative Research in Nursing. Advancing the humanistic imperative*, (4ième éd), (pp.93-95). Philadelphie: Lippincott Williams & Wilkins.
- Remennick, L. I., & Segal, R. (2001). Socio-cultural context and women's experiences of abortion: Israeli women and Russian immigrants compared. *Culture, Health & Sexuality*, 3(1), 49-66.

- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives (Hors Série)*, 5, 99-111.
- Sedgh, G., Henshaw, S., Singh, S., Åhman, E., & Shah, I.H. (2007). Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *The Lancet*, 370, 1338-1345.
- Shotorbani, S., Zimmerman, F. J., Bell, J. F., Ward, D., & Assefi, N. (2004). Attitudes and intentions of future health care providers toward abortion provision. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36, 58-63.
- Singh, S., Prada, E., & Kestler, E. (2006). Induced abortion and unintended pregnancy in Guatemala. *International Family Planning Perspectives*, 32(3), 136-145.
- Speziale, H. J.S., & Carpenter, D.R. (2007). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (4ième éd). Philadelphie: Lippincott Williams & Wilkins.
- Statistique Canada (2006). *Tableau 106-9034 - Avortements provoqués en milieu hospitalier et en clinique, selon le groupe d'âge et le lieu de résidence de la patiente, Canada, provinces et territoires, annuel. Document consulté le 5 juin 2011 de CANSIM* <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a01?lang=fra>
- Tremblay, C. (2009). *Vers le développement d'une modalité d'intervention dans le champ de la ritualité pour des femmes ayant vécu un avortement volontaire comme la perte d'un enfant*. Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Chicoutimi.
- Wright, L. M., & Bell, J.M. (2009). *Beliefs and Illness A model for healing*. Calgary: 4th floor Press.
- Wright, L.M., & Leahey, M. (2009). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (5ième éd.). Philadelphie: F.A. Davis.
- Zelić, T. (2009). On the phenomenology of the life-world. *Synthesis philosophica*, 23 (2), 413-426.

Appendice A
Choix de la directrice de mémoire

CHOIX D'UNE DIRECTRICE OU D'UN DIRECTEUR DE MÉMOIRE

Nom : Carol Anne Lavoie Code permanent : LAV23588402

Constituante d'attache : UQTR UQAC UQAR UQO

Programme : Maîtrise en Sc. Infirmières Code du programme : 5576
Avec mémoire

Première session d'inscription au programme : AU-2008

Choix d'une directrice ou d'un directeur de mémoire :

Nom : Francine de Montigny

Département : SC Infirmières

Choix d'une codirectrice ou d'un codirecteur de mémoire (s'il y a lieu) :

Nom : _____

Département : _____

Sujet du mémoire:

Expérience des femmes de interruption volontaire de grossesse (IVG) et des soins de santé associés dans un contexte québécois et canadien.

Signatures :

[Signature]

Étudiante ou étudiant

20/02/04
Date

Francine de Montigny
Directrice ou directeur de mémoire

22/02/2010
Date

Codirectrice ou codirecteur de mémoire

Date

Christine St-Pierre
Directrice ou directeur du programme

18 mars 2010
Date

Appendice B
Approbation du projet de recherche

APPROBATION DU PROJET de recherche

Nom : Carol-Anne Langlois

Code permanent : LANC23588407

Constituante d'attache : UQO

Première session d'inscription au programme : Automne 2008

Titre du projet de recherche: L'accompagnement de femmes en demande de services d'interruption de grossesse : l'expérience d'infirmières québécoises et brésiliennes.

Résumé du projet de recherche : **Problématique:** À l'échelle mondiale 40 à 50 millions d'IG sont pratiqués chaque année, dont 19 million dans des conditions considérées dangereuses par l'OMS. Au Canada, 25 interruptions volontaires de grossesse (IG) ont lieu chaque année, pour 100 naissances vivantes. Malgré cette importante prévalence, l'IG suscite peu d'attention, sur les plans scientifique et professionnel. Parce que l'avortement est davantage qu'une technique, les infirmières peuvent être amenées à rencontrer des femmes en demande de service d'IG tout au long de leur carrière. Des écrits récents démontrent d'ailleurs que de s'intéresser aux perceptions des professionnels de la santé de l'IG nous permet de mieux comprendre et définir leur rôle, nous renseigne sur leur niveau de préparation à accompagner des femmes en demande de service et permet d'améliorer la qualité des services offerts à la population. On sait aussi que que les représentations personnelles (croyances et valeurs) des professionnels de la santé de l'IG influencent leurs pratiques. Toutefois, l'expérience d'accompagnement des infirmières en contexte d'IG est peu connue. Dans une perspective de promotion de la santé des femmes, il est donc important de mieux connaître les perceptions des infirmières qui travaillent auprès des femmes en demandes de services, de ces femmes et de l'IG. **Objectifs.** Les objectifs visés par ce projet de recherche sont : 1) Identifier les perceptions et les croyances des infirmières en regard de l'IG, des femmes en demandes de services et de leurs pratiques. Il s'agit ici de mieux comprendre l'expérience des infirmières de l'IG (croyances, attentes, sentiments, répercussions, etc.) 2) Décrire l'influence des perceptions et des croyances sur les pratiques d'aide envers les femmes. Il s'agit ici de mieux comprendre l'expérience des intervenants de l'IG, et les conditions qui favorisent ou freinent l'accompagnement des femmes en contexte d'IG. 3) Décrire le contexte socioculturel (représentations sociales, expériences antérieures, culture, religion, etc.) de la pratique infirmière auprès de femmes en demande de services d'IG. Il s'agit ici de décrire les représentations sociales, expériences antérieures, les éléments culturels et religieux qui peuvent influencer sur l'expérience. 4) Comparer les résultats des quatre premiers objectifs aux résultats d'une étude similaire conduite au Brésil, pays où l'IG est une procédure illégale. **Cadre de références :** Le modèle « Illness Beliefs » (Wright et Bell, 2009) agit comme un guide conceptuel dans le développement des guides d'entretiens, de l'analyse des données et assure une orientation professionnelle à l'ensemble de l'étude. Le modèle bio-écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1994) soutient le précédent modèle dans l'analyse conceptuelle des données. **Déroulement de la recherche et méthodologie.** Cette étude qualitative phénoménologique s'effectue auprès de 10 infirmières québécoises travaillant auprès de femmes en demande de services d'IG (milieu scolaire, clinique, communautaire et hospitalier) et d'environ 10 infirmières brésiliennes travaillant en milieu hospitalier. Les outils de collecte de données sont le questionnaire socio-démographique et l'entrevue semi-structurée. Cette dernière, d'une durée approximative de 60 minutes porte sur les thèmes suivants : description du rôle de l'infirmière, perception de l'IG, perception des services et description d'un événement significatif en lien avec l'IG.

Considérations éthiques. Cette recherche a reçu l'aval du Comité d'éthique à la recherche de l'Université du Québec en Outaouais et du Comité d'éthique de l'Université fédérale de Rio Grande (FURG). Les règles éthiques concernant la confidentialité, l'anonymat, la divulgation, la diffusion des données, le consentement libre et éclairé du participant et les droits du participant sont conformes avec les politiques des comités d'éthique à la recherche précédemment cités et des standards d'éthique des deux milieux universitaires. Un formulaire de consentement est lu et signé avec le participant avant le début de l'entrevue. Il comprend les informations relatives au projet de recherche, aux tâches attendues du participant, à la confidentialité et aux risques et aux bénéfices associés à leur participation. Seul un risque psychologique minimal, manifesté par un inconfort passager vis-à-vis de certaines questions d'ordre personnel, est prévisible durant ou à la suite de l'entrevue.


Signature de l'étudiante


Signature de la directrice de recherche


Signature de la personne responsable du

programme ou de la professeure nommée

au Comité de programmes

DB 19-11

Appendice C
Certificats éthiques



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, Succursale de l'Université du Québec en Outaouais
Téléphone : 819 458 3900
www.uqo.ca

Notre référence : 1109

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

Projet : L'expérience des femmes de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et des soins de santé associés ainsi que les représentations des intervenantes qui œuvrent auprès d'elles.

**Soumis par : Madame Carol-Anne Langlois
Étudiante
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais**

Financement : CRSH-FRSQ

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au 2 novembre 2010.

Au nom du Comité,

André Durivage
Président
Comité d'éthique de la recherche

Date d'émission : Le 2 novembre 2009



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca

Gatineau, le 23 mars 2011

Notre référence : 1109

Carol-Anne Langlois
Étudiante
Département des sciences infirmières

c. c. Francine deMontigny
Département des sciences infirmières

Objet : Renouvellement du certificat d'éthique pour le projet :
L'expérience des femmes de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et des soins de santé associés ainsi que les représentations des intervenantes qui œuvrent auprès d'elles

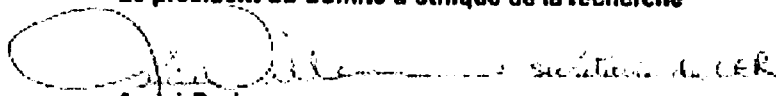
Madame,

Le secrétariat du comité d'éthique de la recherche (CÉR) a bien reçu votre rapport de suivi continu du projet cité en rubrique et vous en remercie. Le Comité constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche par le renouvellement de votre certificat d'éthique pour une période d'un an, soit jusqu'au 2 novembre 2011.

Comme vous le savez sans doute, le suivi continu vise essentiellement à informer le CÉR des travaux et à favoriser une démarche continue de réflexion chez les chercheurs. Vous n'avez donc pas à attendre de correspondance additionnelle de la part du CÉR en ce qui a trait au suivi de ce dossier de recherche pour la présente année. Par contre, le Comité doit être informé et devra réévaluer ce projet advenant toute modification ou l'obtention de toute nouvelle information qui surviendrait pendant la période de validité de votre certificat et qui comporterait des changements, par exemple, dans le choix des sujets, dans la manière d'obtenir leur consentement ou dans les risques encourus. Pour maintenir la validité de votre certificat d'éthique, vous devrez nous faire parvenir votre rapport de suivi continu avant le 2 novembre 2011.

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Le président du Comité d'éthique de la recherche


pour André Durivage
Professeur
Département des sciences administratives

**CEPAS****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE****Universidade Federal do Rio Grande**
Rua Visconde de Paranaguá, 102 - Centro - Rio Grande, RS.
E-mail: cpas@furg.br Telefone: 32330235
Homepage: www.cepas.furg.br**PARECER Nº 131 / 2010**

PROCESSO Nº 23116.00 3858/2010-12

CEPAS 22/2010

TÍTULO DO PROJETO: "As praticas profissionais em situação de interrupção voluntaria da gravidez: representações de enfermeiros."

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Mara Regina Santos da Silva.

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no Parecer 86/2010, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "As praticas profissionais em situação de interrupção voluntaria da gravidez: representações de enfermeiros".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 01/08/2011 :

Rio Grande, RS, 20/10/2010.

Eli Sinnott Silva
Profa. MSc. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS

Appendice D
Formulaires de consentement



Université
du Québec
en Outaouais

Département des sciences infirmières
C.P. 1250, succursale B, Gatineau (Québec),
Canada J8X 3X7
Téléphone : (819) 595-2330



Université du Québec à Trois-Rivières
DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
GROUPE DE RECHERCHE EN DÉVELOPPEMENT
DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE
3351, boulevard Des Forges
C.P. 500, Trois-Rivières, Québec, Canada J 09A 5H7
Téléphone: (819) 376-5158
Fax: (819) 376-5195

Titre du projet de recherche : L'expérience des femmes de l'interruption de grossesse (IG) et des soins de santé associés ainsi que les représentations des intervenantes qui œuvrent auprès d'elles.

Chercheurs principaux : *Carol-Anne Langlois*, inf. B.Sc, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (profil mémoire) à l'Université du Québec en Outaouais

Francine de Montigny, Ph. D. psychologie, professeure en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais. (819) 595-3900 #2257.

Carl Lacharité, Ph.D. psychologie, professeur en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, directeur du Groupe de Recherche en Développement de l'Enfant et de la Famille (UQTR). (819) 376-5011 #3560.

Mara Santos Da Silva, Ph.D., professeure *Universidade Federal do Rio Grande* FURG, Brésil.

Organismes subventionnaires: CRSH, Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada FRSQ, Fonds de la Recherche en Santé du Québec

Objectifs: Mieux comprendre les perceptions et l'expérience des professionnels de l'IG ainsi que leurs pratiques professionnelles envers les femmes en contexte d'avortement.

Tâches : Afin de participer à la réalisation des objectifs de cette recherche, vous comprenez que vous devez vous soumettre à la procédure suivant :

Être disponible pour participer à une entrevue, enregistrée sur bande audio, d'une durée environ 60 minutes. Les entrevues seront réalisées dans un local fermé de l'université (UQO ou FURG) ou à votre domicile.

Initiales du participant : _____

Initiales du représentant du chercheur : _____

Restriction et retrait :

- a) Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions qui vous mettent mal à l'aise.
- b) Vous reconnaissez être libre de retirer votre consentement et de cesser de participer à cette recherche à n'importe quel moment, sans avoir à fournir de raison, et ce, sans préjudice.

Bénéfices : Les avantages liés à votre participation à cette recherche sont les suivants :

- a) En tant qu'intervenant, vous bénéficierez d'une meilleure compréhension des enjeux liés à votre pratique.
- b) Votre témoignage s'inscrit dans une démarche réflexion collective visant à améliorer les services offerts, en contexte d'IG, aux femmes et à leurs proches.

Risques et conséquences : Il vous a été expliqué que la participation à cette recherche comporte un risque minimal pour vous-même. Un inconfort lié à votre participation pourrait cependant être le suivant :

- a) Vous pourriez éprouver un inconfort passager vis-à-vis de certaines questions d'ordre personnel. Vous ne devez pas hésiter à en faire mention afin que les professionnels puissent vous apporter le soutien nécessaire.

Confidentialité :

- a) Vous comprenez que les informations recueillies dans le cadre de cette recherche demeurent confidentielles. Les informations recueillies dans le cadre de cette recherche seront traitées confidentiellement par l'équipe de recherches.
- b) Un numéro d'identification sera substitué aux noms de chaque participant. Les données seront traitées pour l'ensemble du groupe de participants et non de manière individuelle. Le matériel sera entreposé à l'Université du Québec en Outaouais, pour une durée de 5 ans, dans un classeur et un local verrouillé. Les transcriptions d'entrevue seront rendues anonymes et les parties qui vous concernent seront détruites si vous vous retirez de la recherche.

Initiales du participant : _____

Initiales du représentant du chercheur : _____

Participation volontaire : Vous reconnaissez que votre participation à cette recherche est tout à fait volontaire et que vous êtes libre d'accepter d'y participer. Vous certifiez que la recherche vous a été expliquée verbalement. On a répondu à vos questions et on vous a laissé le temps nécessaire pour prendre une décision.

Personnes à contacter : Cette recherche est réalisée sous la direction du Dr Francine de Montigny, professeure en sciences infirmières à l'UQO. Pour toute information concernant cette recherche, vous pouvez téléphoner à Francine de Montigny au (819) 595-3900 poste 2257 (UQO, Gatineau).

Si vous désirez des renseignements supplémentaires pour toute question d'ordre éthique, vous pouvez vous référer au président du Comité d'Éthique de la Recherche, M. André Durivage au 819-595-3900 #1781 (UQO, Gatineau).

Je soussigné _____ accepte librement de participer à une recherche conduite par Mme Carol-Anne Langlois portant sur l'expérience des professionnels de la santé de l'IG. La nature de la recherche et ses procédures m'ont été expliquées et je les comprends.		
J'ai lu l'information ci-dessus et je choisis volontairement de participer à cette recherche. Je certifie qu'on m'a expliqué verbalement la recherche. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps nécessaire pour prendre une décision. Une copie de ce formulaire de consentement m'a été remise.		
Signé à (ville) _____		
_____	_____	_____
Nom du participant	Signature du participant	Date
_____	_____	_____
Nom du représentant du chercheur	Signature du représentant du chercheur	Date

ANEXO III

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE ESCOLA DE ENFERMAGEM / FURG</p> <p>C.P. 140, Rua Osório S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone : (53) 32338843</p>	 <p>GRUPO DE ESTUDO E PESQUISA EM FAMÍLIA, ENFERMAGEM E SAÚDE</p> <p>C.P. 140, Rua Osório S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone : (53) 3230304</p>
--	--

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto de pesquisa *As práticas profissionais em situações de interrupção voluntária da gravidez: representações de enfermeiros*

Pesquisador responsável: *Dra Mara Regina Santos da Silva* – Enfermeira, professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES).

Pesquisadores associados: *Enfa. Carol-Anne Langlois* – Mestranda em Estágio de pesquisa no GEPEFES
Dra. Ceres Braga Arejano – Psicóloga – membro do GEPEFES
Acad. Luciana Rodrigues Botelho – Bolsista PIBIC do GEPEFES

Objetivo geral: Aprofundar a compreensão acerca das práticas profissionais dos enfermeiros com mulheres que vivenciaram a experiência de interrupção voluntária da gravidez, tendo como balizador teórico-metodológico a etnografia institucional.

Objetivos Específicos: (1) Descrever de maneira crítica os elementos constitutivos do discurso e das práticas profissionais dos(as) enfermeiros(as) que permitem construir a relação com a mulher, no contexto da interrupção voluntária da gravidez; (2) Descrever a percepção de enfermeiras em relação a sua prática com mulheres em situação de interrupção voluntária da gravidez

Procedimentos: Para participar como respondente nesta pesquisa você está sendo convidado a conceder uma entrevista com duração aproximada de 60 e 90 minutos, a qual será realizada em local privativo, escolhido de acordo com seu bem estar e sem prejuízo de suas atividades de trabalho ou familiares. Esta entrevista será gravada se você concordar com este procedimento.

Direitos assegurados: Você é livre para não responder às questões que, segundo sua avaliação, possam lhe causar mal estar. Da mesma forma, é livre para retirar interromper e/ou suspender seu consentimento em qualquer momento, sem precisar qualquer justificativa e sem que nenhum prejuízo possa lhe ser imputado ou aos seus familiares.

As informações obtidas a partir da entrevista serão tratadas confidencialmente pela equipe de pesquisadores. Os dados serão tratados pelo conjunto do grupo de

participantes e não de maneira individual. As transcrições serão anônimas e as partes do texto relativas a sua entrevista serão destruídas caso você venha a suspender seu consentimento.

Uma identificação codificada substituirá seu nome para garantir o anonimato e a confidencialidade das informações.

Benefícios : Sua participação pode contribuir para a produção de conhecimento para embasar a formação em enfermagem e aprimorar as práticas de enfermagem nas situações de IVG.

Riscos e recursos: Sua participação nesta pesquisa poderá acarretar-lhe um risco mínimo. Um certo desconforto poderá ser causado por certas questões que lhe serão dirigidas. Por favor, examine-as antes de iniciar a entrevista e solicite sua exclusão do roteiro de entrevista. Durante o desenrolar da entrevista, comunique ao entrevistador qualquer manifestação de mal estar que o mesmo vai lhe propor os recursos apropriados.

Participação voluntária : A sua participação nesta pesquisa é voluntária e você é livre para aceitá-la ou recusar-se. Por favor, certifique-se que todas suas dúvidas ou questionamentos relativos à esta pesquisa foram respondidos e lhe foi garantido o tempo necessário para tomar sua decisão.

Pessoa para contato : Esta pesquisa é realizada sob a coordenação de Profa Mara Regina Santos da Silva, professora da Escola de Enfermagem da FURG. Para informações relativas a esta pesquisa você pode entrar em contato com a responsável através do telefone (53) 32330304.

Eu _____ aceito livremente participar como sujeito da pesquisa intitulada “As práticas profissionais em situações de interrupção voluntária da gravidez : representações dos enfermeiros”. Confirmando que a justificativa, os objetivos e os procedimentos relativos a minha participação foram explicados verbalmente e eu os compreendi. Confirmando, também, que foram respondidas todas as minhas dúvidas e me foi dado o tempo necessário para tomar a decisão de participar deste estudo. Sendo assim, atesto que li todas as informações explicitadas acima e escolhi voluntariamente participar deste estudo. Uma cópia deste formulário de consentimento ficou sob minha guarda.

Local e data _____

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome do entrevistador

Assinatura do entrevistador

Appendice E
Guides d'entrevues québécois et brésilien

Guide d'entretien
Volet « professionnels »

Objectif de l'entretien :

- ✓ Mentionner que nous nous intéressons aux perceptions des professionnelles qui œuvrent auprès des femmes qui vivent ou ont vécu une interruption de grossesse.
- ✓ Le but de l'entrevue est d'explorer comment elles perçoivent l'interruption de grossesse, comment elles perçoivent les femmes qui sont en contexte d'interruption de grossesse et quelle est leur expérience d'être en relations avec des femmes et leurs proches vivant cette expérience.

Préambule :

- Remerciement pour la participation
- Présentation du thème
- Obtenir le consentement verbal de la personne
- Déroulement : durée, confidentialité, liberté de répondre ou pas, etc.

Ex. d'introduction : *« Bonjour, avant toute chose je dois vous expliquer en quoi consiste cette entretien. Nous nous intéressons vos perceptions et croyances envers l'interruption de grossesse et envers les femmes qui vivent cette expérience.*

Le but poursuivi est de mieux connaître les perceptions des intervenants de l'interruption de grossesse, ainsi que les pratiques mises en place dont les femmes pourraient avoir besoin. Nous cherchons également à voir quelles sont les conditions de réussite (ou d'échec) des interventions. En connaissant davantage les conditions de réussite, cela nous permettra de développer de meilleures interventions et par conséquent de meilleurs services pour les femmes et leurs proches. Nous voulons connaître votre vision de la clientèle avec laquelle vous travaillez, ainsi que l'expérience que vous avez des relations avec celle-ci.

Cette entrevue est enregistrée à des fins de recherche ; toutes les informations recueillies ici sont strictement confidentielles. Soyez sans crainte quant à l'utilisation de ce matériel, ce que vous direz ici n'aura aucune conséquence négative pour vous. Les noms des personnes et organismes cités seront masqués lors de la retranscription. Cette entrevue va durer environ une heure. Sentez-vous à l'aise de m'interrompre ou de ne pas répondre si la question vous

dérange. Avez-vous des questions avant de commencer? Alors, je vous invite maintenant à débiter l'entretien. »

Guide d'entretien

Expérience des femmes de l'interruption de grossesse (IG) et des soins de santé associés ainsi que les représentations des intervenantes qui œuvrent auprès d'elles.

Volet « Professionnels »

Ce guide d'entretien semi-dirigé touchera les thèmes suivants. Les questions sont indiquées à titre d'exemples d'aspects qui seront examinés selon les réponses de la participante.

Thème A : PRÉSENTATION DE L'INTERVENANTE ET DE SON RÔLE

1. J'aimerais d'abord que vous vous présentiez en me disant quelle est votre profession et dans quel contexte vous rencontrez des femmes qui vivent l'expérience de l'avortement.
2. Depuis combien de temps êtes-vous en contact avec cette clientèle ?
3. Qu'est-ce qui vous a amené à travailler auprès de cette clientèle?
4. Avez-vous eu un rôle à jouer auprès de ces femmes qui sont en demande d'IG ? Quelles actions avez-vous posées envers eux ?
5. Avez-vous eu un rôle à jouer auprès des femmes qui ont vécu une IG? Quelles actions avez-vous posées envers eux ?

Thème B : PERCEPTIONS DE L'AVORTEMENT

1. Selon vous, qui sont les femmes qui vivent l'avortement ? Qui a le plus recours à cette procédure ? Dans quel contexte ?
2. Selon votre expérience, quelles personnes, dans l'entourage de la femme, sont mises au courant de sa décision? Ces personnes sont-elles présentes lors des rencontres en clinique d'IG et/ou lors de l'avortement?

3. L'entourage a-t-il, selon vous, une influence sur la décision que prendra la cliente?
4. Selon vous, qu'est-ce que ces femmes vivent comme expérience au moment de la décision de l'avortement ? au moment de l'avortement? Dans les semaines qui suivent?
5. Quels sont leurs besoins et leurs attentes durant cette expérience ? (au moment de la décision, de l'intervention, dans les semaines qui suivent?)
6. Selon vous, quelles sont les réactions de l'entourage des femmes à l'interruption de grossesse ? Quelle sorte d'aide est apportée aux femmes par leur réseau ?

Thème C : PERCEPTIONS DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ

7. Selon vous, quelles sont les réactions des professionnels de la santé à l'interruption de grossesse ? Diriez-vous que vos réactions ressemblent à celles que vous décrivez ? De quelles façons ? Comment sont-elles différentes ?
8. Comment croyez-vous que l'organisation des soins et des services répond aux besoins des femmes durant cette expérience ? A vos besoins comme intervenant ?
9. Croyez-vous que les services offerts actuellement pour les IG, sont appropriés et suffisants?

Thème D : ÉVÈNEMENT SIGNIFICATIF

Pensez à un événement où vous avez été en relation avec une femme vivant ou ayant vécu l'expérience de l'interruption de grossesse.

10. Si possible, décrivez-moi cet événement.
11. Comment vous sentiez-vous capable de discuter avec la femme et son entourage de la situation?
12. Comment la femme et les personnes-accompagnatrices ont-elles agi durant cet événement?
13. Comment vous sentiez-vous à ce moment? Comment avez-vous réagi ?
14. Durant ces moments, comment vous sentiez-vous capable de jouer votre rôle auprès de cette femme?

15. Considérez-vous que cet événement ait été facile ou difficile? Qu'en retirez-vous maintenant? Qu'est-ce qui était important pour vous dans cet événement? Qu'auriez-vous le goût de transmettre à d'autres intervenants?

16. Y a-t-il un autre événement, facile ou difficile, en lien avec l'expérience de l'interruption de grossesse, que vous aimeriez nous raconter?

⇒ *Si oui*, demander à la personne de d'écrire cet événement et répéter les questions 10 à 15

CONCLUSION

1. Nous savons qu'il existe différents débats concernant l'avortement au Canada. Que répondriez-vous à une collègue de travail qui vous affirme ne pas comprendre votre intérêt à travailler auprès de ces femmes et qu'elle trouverait difficile de participer à ce type d'intervention?
2. L'entrevue est bientôt terminée. Y-avait-il d'autres éléments que vous auriez aimé discuter ou partager avec moi?

Je tiens à vous remercier d'avoir partagé cette expérience avec moi. Merci pour votre temps.

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS

PREÂMBULO

- Agradecimento pela participação
- Explicação acerca da finalidade e dos objetivos do estudo e das questões éticas relacionadas à pesquisa com seres humanos.
- Obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Uma que será guardada no GEPEFES e outra para ficar em poder da participante.

PARTE I - IDENTIFICAÇÃO GERAL:

Código: _____

Idade: _____

Sexo : F M

Religião : _____

Raça : _____

Tempo de formada: _____

Formação pós-graduada: Sim Não Especificar: _____

Local de trabalho: _____

Função que desempenha: _____

PARTE II – EXPERIÊNCIA COMO ENFERMEIRA EM SITUAÇÕES DE IG

1. Ao longo de sua vida profissional em quais contextos você cuidou de mulheres em situação de IG?

2. Quais os cuidados/procedimentos que, em geral, você desenvolve (ou desenvolveu) com as mulheres em situação de IG

PARTE III – PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA ACERCA DA PRÁTICA DE IG:

17. Segundo seu ponto de vista, qual é o perfil das mulheres que mais recorrem a prática de IG?
18. Segundo seu ponto de vista, quais as razões que levam as mulheres a IG?
19. Segundo sua experiência, quais pessoas constituem a rede social da mulher que vivencia a IG (família, amigos, companheiro, serviços de saúde).
20. Essas pessoas que constituem a rede social influenciam a decisão da mulher?
21. Essas pessoas estão presentes na internação?
22. Segundo seu ponto de vista, que tipo de apoio as mulheres que vivenciaram a experiência de IG obtém no âmbito de sua rede social (família, amigos, companheiro, serviços de saúde)
23. Segundo seu ponto de vista, quais os comportamentos e sentimentos são mais frequentemente manifestados pelas mulheres que vivenciam a IG durante a internação?
24. Quais as necessidades e expectativas que você identifica nas mulheres que vivenciaram a IG?
25. Segundo seu ponto de vista, que tipo de reações mais frequentemente os profissionais da equipe de saúde manifestam quando cuidam a IG ? (equipe de enfermagem, médica e outros profissionais)
26. Quais comportamentos dos demais profissionais são indicativos de acolhimento e compreensão da situação vivenciada pela mulher em IG ?

27. Quais comportamentos (ou reações) manifestados pelos demais profissionais da equipe são indicativos de dificuldade para cuidar das mulheres durante essa experiência?

PARTE IV - PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA ACERCA DE SUA RELAÇÃO COM AS MULHERES

28. Pense em diferentes situações em que você cuidou de mulheres que vivenciaram a experiência de IVG. Se possível, fale um pouco destas situações.
29. Que tipo de cuidado você ofereceu a estas mulheres (por exemplo: como abordou o assunto, você falou com pessoas próximas, etc)?
30. O que você sentiu neste momento? Como você reagiu?
31. O que facilitou sua atuação no cuidado a estas mulheres? (condições facilitadoras)
E o que dificultou sua atuação?
32. Você considera estas experiências faceis ou difíceis para sua atuação profissional?
Que aprendizado esta experiência trouxe para você? Dentre essas situações, quais você considerou mais importante? Você gostaria transmitir alguma mensagem à outros profissionais?

PARTE V: ENCERRAMENTO

33. A entrevista está terminando. Existe mais alguma informação que você gostaria de compartilhar?

Agradeço você por compartilhar estas informações comigo. Obrigado.

Appendice F
Questionnaire socio-démographique québécois

Date du jour: 200__ / __ / __ (A/M/J)

"Interruption de grossesse et pratiques professionnelles"

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (S.V.P. Une seule réponse par numéro)

A) ÂGE ET SEXE DU RÉPONDANT

1. Quel est votre groupe d'âge?

- | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> moins de 20 ans | <input type="checkbox"/> 30-34 ans | <input type="checkbox"/> 45-49 ans |
| <input type="checkbox"/> 20-24 ans | <input type="checkbox"/> 35-39 ans | <input type="checkbox"/> 50-54 ans |
| <input type="checkbox"/> 25-29 ans | <input type="checkbox"/> 40-44 ans | <input type="checkbox"/> 55 ans ou + |

2. Sexe

- Femme
 Homme

B) DOMAINE D'ACTIVITÉ

3. Indiquez votre domaine d'activité auprès des jeunes, des femmes et des familles :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bénévolat | <input type="checkbox"/> Travail en milieu clinique: (CHSLD, CH, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Éducation/Enseignement | <input type="checkbox"/> Gestion/Administration |
| <input type="checkbox"/> Intervention communautaire | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

4. Dans votre domaine d'activité, quel est le plus haut niveau académique complété?

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diplôme d'études collégiales | <input type="checkbox"/> Doctorat |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | |
| <input type="checkbox"/> Maîtrise | |

5. Combien d'années d'expériences avez-vous cumulées jusqu'à maintenant dans ce domaine d'activités? _____ ans _____ mois

6. Avez-vous suivi une (des) formation(s) autre(s) qu'académiques reliée(s) à ce domaine d'activité? 1. Oui : 2. Non :

a) Si oui, estimez le nombre de jours de formation que vous avez suivi dans ce domaine : _____ jours

C. SECTEUR DE SERVICES ET FONCTION

7. Indiquez le secteur de services dans lequel vous œuvrez actuellement :

- Organisme communautaire/association Centre hospitalier

- Secteur scolaire Centre de réadaptation
 Centre hospitalier de soins de longue durée CLSC

Autre : _____

8. Depuis combien de temps œuvrez-vous dans ce secteur?

_____ ans _____ mois

9. Indiquez l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation :

- J'ai *rarement* l'occasion d'avoir des contacts avec des femmes en contexte d'IG dans le cadre de ma fonction.
- J'ai des contacts *occasionnels* avec des femmes en contexte d'IG dans le cadre de ma fonction.
- J'ai des contacts *réguliers mais habituellement brefs* avec des femmes en contexte d'IG dans le cadre de ma fonction.
- J'ai *fréquemment* des rencontres formelles avec des femmes en contexte d'IG dans le cadre de ma fonction.
- Ma fonction consiste *essentiellement* à rencontrer des femmes en contexte d'IG.

D. CONCLUSION

10. Seriez-vous intéressée à recevoir les résultats de la recherche ?

1- oui 2- non

Appendice G
Arbres thématiques des unités significatives

