

INTERRUPTION DE GROSSESSE

Quelles sont les croyances qui contraignent ou facilitent le travail des infirmières en contexte d'interruption de grossesse ?

PAR CAROL-ANNE LANGLOIS, INF., M.SC., ET FRANCINE DE MONTIGNY, INF., PH.D.

Au Québec, plus de 26 000 femmes optent chaque année pour une interruption de grossesse (IG) (ISQ, 2011). En raison de leur rôle, les infirmières peuvent être amenées à accompagner ces femmes.

Des études portant sur l'expérience d'infirmières démontrent que ce contexte de travail peut causer des effets psychologiques tels que malaise, anxiété, détresse, épuisement et stress (Gallagher *et al.*, 2010 ; Lipp, 2008a ; Lipp, 2008b ; Lipp et Fothergill, 2009 ; Mokgethi *et al.*, 2006).

On sait aussi que les valeurs et les polémiques d'une société influencent les perceptions et les attitudes des infirmières envers leur clientèle (Gallagher *et al.*, 2010). Elles se manifestent, par exemple, par une gêne à parler de son emploi ou de l'inconfort en cas d'avortements tardifs.

Les croyances religieuses et le milieu de travail sont aussi générateurs de malaises en contexte d'IG. Ainsi, les infirmières travaillant en soins obstétricaux et en gynécologie peuvent se sentir contraintes de réfréner leurs valeurs personnelles et ren-



© istockphoto / blackwaterimages

contrer des difficultés à distinguer leurs propres besoins de ceux de leur clientèle (Fonnest *et al.*, 2000 ; Kade *et al.*, 2004 ; Lipp et Fothergill, 2009 ; Shotorbani *et al.*, 2004).

Les auteures se sont intéressées à mieux connaître les croyances contraignantes et facilitantes des infirmières pratiquant en contexte d'IG. Elles ont réalisé une étude qualitative auprès de dix infirmières québécoises (voir Tableau 1).

LES CROYANCES CONTRAIGNANTES

Certaines croyances restreignent la recherche de solutions, les défis à relever et augmentent la sensation de souffrance. Ces croyances sont dites contraignantes.

Croire que l'interruption de grossesse met fin à une vie

Le malaise ressenti par certaines infirmières est souvent lié à la croyance que l'IG est un geste volontaire qui met fin à une vie.

Cette croyance est qualifiée de contraignante en raison du malaise, voire de la souffrance qu'elle crée chez l'infirmière et de ses effets sur la relation. Elle favorise aussi la stigmatisation des femmes qui ont recours à l'IG. Bien entendu, l'association IG et meurtre est un concept fort qui influencera la relation avec la cliente en la chargeant d'émotions.

En fait, elle provoquera un malaise tellement important chez certaines infirmières qu'elles anticiperont avec anxiété ces expériences de soins.

Croire que l'IG pour raisons thérapeutiques est plus acceptable

Pour nombre de soignantes, il est plus acceptable de mettre fin à une grossesse pour des raisons médicales, par exemple la malformation d'un fœtus, que pour toute autre raison. À la lecture des entrevues, il serait alors plus naturel d'offrir des soins à cette clientèle et d'être empathique avec elle, voire sympathique. Il serait ainsi plus facile de trouver les mots justes en situation d'avor-

CONCEPT CLÉ

Le concept de croyance se définit par : « la "vérité" d'une réalité unique qui influence la structure et le fonctionnement biopsychosocial et spirituel » [traduction libre] (Wright et Bell, 2009). De toutes les croyances qui émaillent la vie quotidienne, certaines peuvent être facilitantes et d'autres contraignantes.

Une croyance contraignante limite l'individu dans sa recherche de solutions, restreint la possibilité de relever des défis et augmente la sensation de souffrance. Une croyance facilitante, au contraire, amène la personne vers un processus de changement, allège sa souffrance et accroît l'ensemble de ses possibilités.

TABLEAU 1

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Devis	Qualitatif
Orientation	Phénoménologique
Échantillon	Dix infirmières québécoises, toutes étant ou ayant été en contact avec une clientèle en contexte d'IG.
Collecte de données	Entrevues semi-structurées d'environ 60 minutes
Cadre théorique	Modèle « Illness Beliefs » de Wright et Bell (2009).
Concept clé	Voir Encadré 1.

tement « thérapeutique ». Certaines infirmières croient aussi que seules les IG thérapeutiques peuvent donner lieu à un vrai deuil.

Croire que la femme est l'unique bénéficiaire des soins en cas d'IG

En faisant le choix libre et éclairé de ne pas poursuivre sa grossesse, la femme devient l'unique objet des soins, excluant de ce fait les accompagnateurs et les proches de cette expérience. Cette croyance amène l'infirmière à porter une attention uniquement au vécu et aux besoins de la cliente. Parfois, elle sera indisposée par la présence même des accompagnateurs. Aussi, les infirmières n'évalueront pas systématiquement les capacités de soutien des membres du réseau social de la femme, surtout si celle-ci s'est présentée seule à l'intervention.

LES CROYANCES FACILITANTES

Les croyances exposées précédemment sont contraignantes dans la relation professionnelle entre l'infirmière, la cliente et son entourage. D'autres, par ailleurs, sont plutôt facilitantes.

Croire que l'IG est une expérience émotionnelle complexe

La première croyance facilitante indique qu'au-delà de l'intervention et des gestes techniques qui l'entourent, l'IG représente une expérience émotionnelle complexe pour la cliente.

Cette complexité émotionnelle tire son origine de plusieurs sources, soit de sensations physiques liées à la grossesse, de croyances religieuses, de mises en perspective de sa relation amoureuse et de ses projets de vie. Également complexe est la diversité des émotions ressenties : l'ambivalence, la tristesse, la détresse et le soulagement.

La reconnaissance par l'infirmière du caractère émotionnel complexe qui accompagne une IG favorise une plus grande écoute et un meilleur accueil.

Croire que le rôle de l'infirmière est important

L'infirmière persuadée de l'importance de son rôle dans l'accompagnement de femmes qui doivent subir une IG s'engagera davantage dans les soins offerts.

Ce rôle se révèle autant par des tâches dites « techniques » (administration de médicaments, prise des signes vitaux, préparation de matériel stérile, etc.) que par le soutien émotif qu'elle apporte à sa cliente et à ses accompagnateurs.

Plusieurs ne s'approprient pas la tâche de soutien psychologique, soit parce qu'elles ne se reconnaissent pas d'habiletés pour ce faire, soit parce qu'elles pensent que cette tâche revient à un autre professionnel tel qu'un psychologue ou un travailleur social.



Cette étude ne présente qu'une vue parcelaire de l'expérience complexe qu'est l'IG, la recherche doit se poursuivre dans le but avoué de construire un savoir infirmier propre à cette situation de soins.

L'IG étant souvent stigmatisée comme un débat éthique et moral dans les programmes de formation, il serait pertinent de présenter cette expérience comme un problème de santé publique qui touche différents secteurs d'activité où l'infirmière a un rôle prépondérant à jouer.

L'infirmière persuadée de l'importance de son rôle dans l'accompagnement de femmes qui doivent subir une IG s'engagera davantage dans les soins offerts.

Par ailleurs, ces résultats indiquent que les infirmières doivent aborder l'IG selon une approche systémique en intégrant les proches et les accompagnateurs, tout comme elles le font pour d'autres types de soins. En ce sens, la formation continue valorisée par les gestionnaires procure un soutien indéniable. ■

Les auteures



Carol-Anne Langlois est coordonnatrice des partenariats internationaux, Centre d'études et de recherche en intervention familiale (CÉRIF), et conseillère cadre en soins infirmiers, CSSS Sud-Ouest-Verdun.



Francine de Montigny est professeure en sciences infirmières et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles, Université du Québec en Outaouais.

Références

- de la Fuente Fonnest I, F. Søndergaard, G. Fonnest et A. Vedsted-Jacobsen. « Attitudes among health care professionals on the ethics of assisted reproductive technologies and legal abortion », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 79, n°1, janv. 2000, p. 49-53.
- Gallagher, K., D. Porock et A. Edgley. « The concept of 'nursing' in the abortion services », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 66, n°4, avril 2010, p. 849-857.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). *Interruptions volontaires de grossesse (nombre, rapport pour 100 naissances et taux pour 1 000 femmes), hystérectomies, ligatures, vasectomies, réanastomoses et vasovasostomies*, Québec, 1971-2010. ISQ, 2011 [En ligne : www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_decés/naissance/415.htm] (Page consultée le 2 juin 2011.)
- Kade, K., D. Kumar, C. Polis C. et K. Schaffer. « Effect of nurses' attitudes on hospital-based abortion procedures in Massachusetts », *Contraception*, vol. 69, n°1, janv. 2004, p. 59-62.
- Lipp, A. « A woman centred service in termination of pregnancy : a grounded theory study », *Contemporary Nurse*, vol. 31, n°1, déc. 2008a, p. 9-19.
- Lipp, A. « Challenges in abortion care for practice nurses », *Practice Nursing*, vol. 19, n°7, 2008b, p. 326-329.
- Lipp, A. et A. Fothergill. « Nurses in abortion care : identifying and managing stress », *Contemporary Nurse*, vol. 31, n°2, févr. 2009, p. 108-120.
- Mokgethi, N.E., V.J. Ehlers et M.M. van der Merwe. « Professional nurses' attitudes towards providing termination of pregnancy services in a tertiary hospital in the north west province of South Africa », *Curationis*, vol. 29, n°1, mars 2006, p. 32-39.
- Shotorbani, S., F.J. Zimmerman, J.F. Bell, D. Ward et N. Assefi. « Attitudes and intentions of future health care providers toward abortion provision », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 36, n°2, mars/avril 2004, p. 58-63.
- Wright, L.M. et J.M. Bell. *Beliefs and Illness - A model for healing*, Calgary, 4th floor Press, 2009, 400 p.