

Université de Montréal

Modélisation du counseling infirmier pré-interruption volontaire de grossesse
de deuxième trimestre dans des services de première ligne :
une étude qualitative exploratoire

par
Jeanne-Evelyne Turgeon

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en sciences infirmières
option pratique avancée

Août, 2005
© , Jeanne-Evelyne Turgeon, 2005



WY

5

U58

2005

v. 018

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:
Modélisation du counseling infirmier pré-interruption volontaire de grossesse
de deuxième trimestre dans des services de première ligne :
une étude qualitative exploratoire

présenté par :
Jeanne-Evelyne Turgeon

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Johanne Goudreau, Ph.D.
présidente-rapporteur

Sylvie Gendron, Ph.D.
directrice de recherche

Nicole Beaudet, M.Sc.
membre du jury

Résumé

Cette recherche qualitative exploratoire visait à modéliser le counseling infirmier pré-interruption volontaire de grossesse (pré-IVG) de 2^{ème} trimestre dans des services de première ligne afin de se doter de points de repère pour mieux réfléchir cette pratique. Six infirmières ont participé à des entretiens semi-structurés pour documenter et comprendre les pratiques de counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre les plus aidantes, les défis de celle-ci et les façons dont elles les gèrent. La question de recherche et l'approche de collecte de données sont issues d'une démarche collaborative avec l'équipe d'infirmières afin de favoriser l'émergence de connaissances liées à leurs réalités. Une discussion de groupe à la mi-parcours de la collecte de données, des notes d'observation et des données socio-démographiques ont enrichi l'analyse des verbatim. Le modèle, développé selon une approche constructiviste et systémique, est composé de cinq thèmes : 1) la relation infirmière-cliente est structurée par une *dialectique d'ouverture-distanciation*, 2) le counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre requiert l'établissement d'une *connexion haute vitesse*, 3) une double finalité d'*empowerment et de régulation* traverse les interventions, 4) un environnement de *soutien protecteur* s'avère essentiel pour accompagner les infirmières dans leur pratique et composer avec les controverses sociales que soulève la question de l'avortement, et 5) l'évolution vers une pratique aidante repose sur l'acquisition d'expérience qui favorise une *capacité d'ajustement dynamique* de l'intervention en fonction des besoins de la cliente. Ces cinq dimensions peuvent servir de point d'ancrage au développement de cette pratique de counseling et à la formation d'infirmières novices dans le domaine.

Mots-clés : Counseling pré-IVG de deuxième trimestre, entrevue pré-IVG, IVG de deuxième trimestre, pratique infirmière en avortements, avortements tardifs, expérience infirmière, défis avortements de 2^{ème} trimestre.

Summary

The aim of this qualitative exploratory study was to develop a second trimester pre-abortion counselling model to foster reflective nursing practice in primary care. Six nurses participated in semi-structured interviews to describe and understand exemplary practice and the challenges raised by second trimester pre-abortion counselling as well as their nursing management. The research question and data collection methods were developed in collaboration with a primary care nursing team to ensure practice-oriented knowledge development. A group discussion conducted mid-way through interview data collection, observational notes and socio-demographic data supplemented analysis and interpretation of the verbatim. The model, elaborated through a constructivist and systemic lens, is composed of five inter-related themes: 1) the nurse-client counselling relationship is structured by a dialectic of *openness while establishing distance*; 2) second trimester pre-abortion counselling practice requires *high speed connection* activities; 3) nursing interventions must pursue both *empowering and regulating purposes*; 4) a *supportive-protective environment* is essential to sustain high quality nurse counselling practice as well as provide safeguards from unremitting social controversies in relation to abortion; and 5) experience that promotes the *capacity to adjust dynamically* to client needs is critical to ensure competent practice. These five dimensions can be used to further advance the development of this specific area of nursing practice and systematise the training of novice nurse professionals.

Key words: Second trimester pre-abortion counseling, second trimester pre-abortion nursing practice, termination of pregnancy counseling, termination of pregnancy nursing practice, late term abortion nursing counseling, late term abortion nursing practice, challenges in abortion nursing practice, nurses' experiences.

Table des matières

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE.....	1
1.1 Introduction	2
1.2 L'intervention infirmière et ses défis liés aux IVG de deuxième trimestre.....	3
A) Défis d'ordre personnel pour les infirmières	4
B) Défis d'ordre interpersonnel pour les infirmières	4
C) Défis d'ordre social pour les infirmières.....	5
D) Défis d'ordre organisationnel pour les infirmières	5
1.3 Le counseling infirmier pré-IVG de deuxième trimestre.....	6
1.4 But de l'étude et questions de recherche.....	8
1.5 Pertinence du projet.....	9
 CHAPITRE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE	 10
2.1 Cadre de référence général : une approche participative, constructiviste et systémique.....	11
 CHAPITRE 3 : RECENSION DES ÉCRITS.....	 16
3.1 L'IVG de deuxième trimestre	18
3.2 Facteurs décisionnels pour les femmes sollicitant une IVG de deuxième trimestre.....	20
3.3 Réactions affectives et impacts psychologiques potentiels des femmes sollicitant une IVG de deuxième trimestre	24
A) Réactions affectives des femmes	24
B) Impacts psychologiques potentiels des femmes.....	25
3.4 Risques pour la santé physique des femmes sollicitant une IVG de deuxième trimestre.....	28
3.5 L'Intervention infirmière et les défis en contexte d'IVG de deuxième trimestre	29
3.6 Le counseling infirmier pré-IVG	33
3.7 Le counseling pré-IVG de deuxième trimestre	35
3.8 Modèle de counseling pré-IVG.....	36
 CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE.....	 39
4.1 Devis de recherche	40
4.2 Déroulement général du projet.....	42
4.3 Milieu de recherche.....	42
4.4 Échantillonnage, procédures de recrutement et gestion des participantes	44
A) Échantillonnage.....	44
B) Recrutement et gestion des participantes	45
4.5 Collecte des données	46
A) Questionnaire sociodémographique.....	46
B) Entretiens semi-dirigés auprès des infirmières	46

C) Observations et réflexions.....	47
D) Discussions de groupe	47
E) Journal de bord	48
4.6 Préparation et gestion des données	49
4.7 Analyse des données	50
A) Immersion dans les données	50
B) Décontextualisation.....	50
C) Recontextualisation.....	51
D) Modélisation	52
4.8 Critères de qualité	52
A) Crédibilité	53
B) Transférabilité	53
C) Fiabilité	53
D) Validation.....	54
4.9 Critères d'authenticité	54
A) Critères d'intégrité	54
B) Critères d'authenticité ontologique.....	55
4.10 Considérations éthiques	55
CHAPITRE 5 : RÉSULTATS.....	57
5.1 Description de l'échantillon	58
5.2 Modélisation de la pratique du counseling pré-IVG de deuxième trimestre	59
A) La dialectique ouverture-distanciation.....	60
B) La connexion « haute vitesse »	67
C) <i>Empowerment</i> et régulation : des finalités complémentaires et paradoxales visées par le counseling pré-IVG de 2 ^{ème} trimestre.....	69
D) L'environnement : un soutien protecteur à la pratique	74
E) Le processus d'ajustement	77
5.3 Présentation du modèle	78
A) Explication du modèle	78
B) Illustration d'un scénario type de counseling pré-IVG de 2 ^{ème} trimestre	80
CHAPITRE 6 : DISCUSSION	82
6.1 Discussion des résultats.....	83
6.2 Discussion de la méthode.....	87
6.3 Potentiel de transférabilité.....	89
6.4 Retombées	90
6.5 Explorations futures	91
CONCLUSION	93

LISTE DES APPENDICES

APPENDICE A : Modèle systémique	X
APPENDICE B : Formulaire de consentement.....	xii
APPENDICE C : Questions des entretiens semi-dirigés en relation avec les questions de recherche et but de l'étude	xx
APPENDICE D : Schéma de la collecte/analyse itérative des données.....	xxii
APPENDICE E : Questionnaire sociodémographique.....	xxiv
APPENDICE F : Exemple d'un extrait de verbatim et notes d'observation et réflexions.....	xxvi
APPENDICE G : Exemple d'une page du journal de bord.....	xxviii
APPENDICE H : Exemple d'une page du lexique alphabétique de codes	xxx
APPENDICE I : Exemple de mémos interprétatifs	xxxii
APPENDICE J : Exemple de mémos descriptifs	xxxiv
APPENDICE K : Exemple d'une page du tableau des catégories	xxxvi

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participantes	58
--	----

LISTE DES FIGURES

FIGURE I : Modélisation du counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre..... 79

Remerciements

Je souhaite remercier très sincèrement ma directrice de recherche, Sylvie Gendron, qui, grâce à sa rigueur intellectuelle, aura su tirer de moi un ouvrage de qualité. Je salue sa compétence dans l'accompagnement procuré par sa direction de recherche et je suis hautement reconnaissante de l'intérêt qu'elle a porté pour mon projet, tout au long de ses années de réalisation. Je remercie également la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour le soutien financier octroyé par la bourse de rédaction que j'ai obtenue pour terminer cet ouvrage. Je me dois aussi de souligner la profonde gratitude que j'éprouve envers toute l'équipe des infirmières du milieu dans lequel ce projet a pris place. Je les remercie de m'avoir accueillie comme elles l'ont fait et d'avoir démontré une collaboration remarquable à la réalisation de ce travail. Un remerciement tout particulier est dirigé à l'attention de Monique qui s'est investie considérablement dans la construction de la modélisation de cette pratique afin de la rendre crédible aux yeux de celles qui la vivent quotidiennement.

Aussi, je désire témoigner ma reconnaissance envers mes proches qui m'ont soutenue et encouragée dans cette aventure. Je ne remercierai jamais suffisamment celui qui m'épaule depuis dix ans et qui m'a donné, à chaque jour, le courage de persévérer devant tous les défis: mon mari François. Merci, tendrement, à Johan et Mathilde qui, malgré leur jeune âge, ont compris que leur maman devait s'obliger à tant de sacrifices pour parvenir cette fin. Merci à Jacques et Danielle qui, en étant si présents pour les enfants, ont permis à mon couple de survivre à cette épreuve. Merci, aussi, à ma mère qui m'a inculqué la discipline du travail et la valeur inestimable de l'éducation. Toutes ces heures passées à mes côtés à corriger mes devoirs, durant mon enfance, n'auront pas été vaines. Je suis touchée, également, de la confiance que m'ont portée mon frère Charles et ma sœur Jo qui n'ont jamais cessé de croire en moi. Enfin, je désire aussi remercier chaleureusement tous (toutes) mes amis (es) d'être encore là. Ils ont démontré une patience inouïe envers moi, malgré toutes les fois où j'ai dû refuser leurs appels téléphoniques et décliner leurs invitations afin de pouvoir me consacrer à mes travaux. Un câlin est particulièrement envoyé à Sabrina, Sylvie, Julie, France, Nancy, Marie et François.

Chapitre 1

Problématique

1.1 Introduction

Une équipe d'infirmières oeuvrant dans un établissement affilié à l'Université de Montréal vient récemment d'identifier le counseling pré-interruption volontaire de grossesse (pré-IVG) de 2^{ème} trimestre comme étant un aspect pour lequel elles souhaitent entreprendre une réflexion afin d'outiller davantage leur pratique (Gendron, Lauzon, St-Denis & Lévesque, 2005). Devant l'accroissement de la pratique de ce type d'intervention, les questionnements des infirmières face à la gestion des défis qui y sont liés prennent de l'ampleur. Aussi, très peu de balises sont existantes concernant le counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre. Par le soulèvement et l'exploration des défis anticipés, de même qu'en terme de temps passé avec la cliente, le counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre occupe une place importante relativement à l'ensemble des interventions infirmières entourant les IVG.

Dans le milieu où se situe cette recherche, les IVG de 2^{ème} trimestre représentent près de 30% des avortements totaux¹. Au moment où les infirmières ont exprimé leur intérêt de réflexion sur cette pratique, on comptait 410 interventions de 2^{ème} trimestre effectuées entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2003. Depuis septembre 2003, une seconde journée d'intervention a été aménagée conséquemment à une réorganisation des services², ce qui se traduit par une augmentation des interventions d'IVG de 2^{ème} trimestre. Les questionnements accrus des infirmières s'y rattachent alors.

Même si ces IVG demeurent minoritaires relativement à celles réalisées avant la 14^{ème} semaine de gestation, le nombre absolu d'IVG de 2^{ème} trimestre (habituellement délimité entre la 14^{ème} et la 27^{ème} semaine de gestation) est considérable (Rosenfield, 1994). Les données disponibles au Québec indiquent que 2 236 interventions ont été pratiquées en 2003, dont près de la moitié à Montréal (Rochon, 2005)³. Par ailleurs, les

¹ Les services d'IVG de 2^{ème} trimestre effectués à cet établissement ne sont pas exclusifs à la population couverte par le territoire mais couvrent un territoire beaucoup plus large.

² Il faut toutefois se garder de conclure que l'augmentation des interventions reliée à un réaménagement organisationnel traduise une augmentation de la demande des IVG de 2^{ème} trimestre. En fait, les données disponibles ne nous permettent pas de formuler de telles conclusions.

³ Communications personnelles en août 2005 : Madeleine Rochon, démographe, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information.

demandes pour ce type d'avortement connaissent un accroissement continu et ont plus que doublé au Québec depuis 1990⁴ (Rochon, 2005). Les infirmières oeuvrant en première ligne sont donc davantage interpellées à intervenir auprès des femmes sollicitant une IVG de 2^{ème} trimestre. Cette réalité est particulièrement présente dans le secteur du Montréal métropolitain qui réalise près de la moitié des interventions de 2^{ème} trimestre du Québec, et où la grande majorité de ces interventions est accomplie dans des milieux extra-hospitaliers (Rochon, 2005). Le contexte s'avère alors propice à l'amorce d'une réflexion sur la pratique infirmière du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre en première ligne.

1.2 L'Intervention Infirmière et ses Défis Liés aux IVG de Deuxième Trimestre

Les infirmières se retrouvent confrontées à plusieurs sources de défis qu'elles doivent gérer simultanément. D'abord, face à elles-mêmes, les infirmières ont chacune leur vécu et leurs valeurs guidant des choix moraux personnels avec lesquels elles ont à composer. Par ailleurs, elles doivent aussi soutenir les choix et processus décisionnels des femmes qu'elles accompagnent, avec la complexité inhérente à l'individualité de chacune. De plus, les controverses suscitées par le sujet de l'avortement, à fortiori au 2^{ème} trimestre de gestation, introduisent une dimension sociale non négligeable dans les défis à prendre en compte pour ces infirmières. Enfin, comme pour tant d'autres secteurs en soins infirmiers, à cela s'ajoutent les contraintes organisationnelles se rapportant au contexte de rareté de la main d'œuvre infirmière et de rationalisation des ressources dans le réseau de la santé.

Les IVG de 2^{ème} trimestre représentent un défi pour les infirmières par la nature complexe des interventions biopsychosociales qu'elles requièrent et par la gestion globale de tous les soins qui y sont liés. Particulièrement lors du counseling pré-IVG, les infirmières ont à composer avec de lourdes charges émotives qui se conjuguent à des controverses éthiques et morales. Avec l'euthanasie, la question des avortements, notamment ceux du 2^{ème} trimestre, figure parmi les débats éthiques les plus difficiles

⁴ Les données disponibles entre le 1^{er} mars 1990 et le 31 juillet 1996 concernent les IVG de 2^{ème} trimestre réalisées à partir de la 15^{ème} semaine de gestation. Les statistiques des IVG entre la 14^{ème} et 15^{ème} semaine de gestation ne sont donc pas incluses.

auxquels les infirmières sont confrontées (Clarke, 1999). Spécifiquement, les considérations liées aux IVG de 2^{ème} trimestre s'avèrent encore plus sérieuses aux plans physique et psychologique (relativement aux IVG de début de grossesse), tant pour les femmes vivant ces expériences que pour les intervenants qui les accompagnent (Mueller, 1991). Les défis posés par les IVG de 2^{ème} trimestre sont alors multiples, tant aux plans personnels, interpersonnels et sociaux, qu'organisationnels.

A) Défis d'Ordre Personnel pour les Infirmières

Au plan personnel, on rapporte que les infirmières oeuvrant en contexte d'IVG sont susceptibles de connaître des conflits de valeurs mus par une antithèse à la sauvegarde de la vie humaine (Anderson, Clancy & Hassanein, 1976). Les professionnels de la santé impliqués dans les IVG de 2^{ème} trimestre peuvent éprouver de la détresse face à cet événement clinique, due à la nature complexe de la gestion des soins requis (Huntington, 2002). D'autant plus prononcées pour les IVG de 2^{ème} trimestre par la présence non plus d'un embryon mais d'un fœtus humain bien formé, les préoccupations des infirmières visent donc à se recentrer sur les femmes, nonobstant les difficultés parfois inhérentes à de telles situations.

B) Défis d'Ordre Interpersonnel pour les Infirmières

Au plan interpersonnel, les infirmières sont directement interpellées par les émotions vécues par les femmes. Le déni, la honte, la culpabilité, la tristesse, les conflits de valeurs et la crainte de la procédure sont autant de sentiments, parfois entremêlés et coexistants, susceptibles d'habiter les femmes consultant pour une demande d'IVG (Goss, 2002). Pour certaines d'entre elles, cette démarche sera perçue comme une solution porteuse d'un soulagement et sera alors vécue très positivement. Toutefois, pour plusieurs, ce choix sera teinté de sentiments de pertes et de confusion (Gameau, 1993). Les infirmières, ayant à gérer ces émotions des clientes, s'avèrent alors sensibles à cette dimension délicate. Considérant les différents éléments présents, les infirmières sont appelées à faciliter le processus de deuil (lorsque pertinent), à renforcer l'habileté d'adaptation des femmes, tout en minimisant les conséquences négatives possibles. Par ailleurs, la dimension de la confidentialité de leurs

interventions revêt une importance capitale car une faille à cet endroit pourrait, dans certains cas, entraîner de sérieuses conséquences pour la cliente.

C) Défis d'Ordre Social pour les Infirmières

Au plan social, ces infirmières sont également confrontées à des défis plus larges que ceux reliés à la pratique immédiate, pour ne nommer que les pressions sociales issues du fait d'avoir à justifier publiquement les raisons d'être et les bienfaits de leurs interventions. Encore plus palpables face aux IVG de 2^{ème} trimestre, ces pressions sociales se manifestent sous différentes formes pour les intervenantes du milieu : pouvant aller d'un regard accusateur de collègues d'autres secteurs, de critiques négatives à leur endroit de la part de proches, jusqu'à peut-être même appréhender certains actes de violence déjà produits ailleurs (appel à la bombe, menace de mort à des médecins pratiquant des IVG...). Sans compter qu'elles oeuvrent quotidiennement au cœur d'un sujet sur lequel reposent d'universelles et d'inépuisables controverses, si bien qu'elles sentent parfois la proximité des groupes Pro-Vie et de leurs revendications.

D) Défis d'Ordre Organisationnel pour les Infirmières

Enfin, en regard des aspects organisationnels, le milieu de travail des infirmières concernées n'est pas soustrait aux contraintes inhérentes à la conjoncture actuelle de raréfaction de la main d'œuvre infirmière, du surcroît de travail et de l'impératif d'une diminution des coûts du système de santé. Comme partout ailleurs, devant la limitation des ressources, on doit faire plus avec moins.

Dans l'ensemble, l'expérience physique, la détresse psychologique et le processus décisionnel pour en arriver à interrompre tardivement la grossesse sont autant d'éléments difficiles pour les femmes traités dans la littérature scientifique. Par contre, il s'avère que les impacts potentiels de cette pratique infirmière pré-IVG de 2^{ème} trimestre n'ont pas été explorés selon le point de vue des infirmières (Huntington, 2002). Conséquemment, la visée d'une satisfaction parmi tous ces défis et le maintien d'un sens de l'accomplissement professionnel deviennent alors des objectifs dont l'achèvement n'est pas assurément acquis. Dans le milieu de soins concerné par le

présent travail, les infirmières conviennent que leur accompagnement pré-IVG est parfois très exigeant, d'autant plus auprès de femmes sollicitant une IVG de 2^{ème} trimestre, et il arrive même à taxer leur bien-être émotif dans certaines circonstances⁵. La littérature appuie la nécessité de soutenir ces infirmières (Gmeiner, Van Wyk, Poggenpoel & Myburgh, 2000; Huntington, 2002) et l'on reconnaît que la pratique spécifique du counseling requiert un engagement accru de leur part, précisément dans une période où l'on exige davantage d'elles (Soohbany, 1999). Il appert donc que les infirmières évoluant dans ce contexte de soins requièrent une attention légitimée face à la reconnaissance des défis de leur pratique.

1.3 Le Counseling Infirmier Pré-IVG de Deuxième Trimestre

L'accompagnement infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre se concentre principalement dans l'intervention de counseling pré-IVG. Il en résulte alors que c'est précisément à cette occasion que surgissent les questionnements des infirmières en regard de leur pratique. Il semble que les défis inhérents au counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre soient renforcés par un manque de soutien, d'encadrement, de formation et de ressources pour les professionnels. Brien (1996) rapporte d'ailleurs que les infirmières et médecins qui sont quotidiennement confrontés à interagir auprès de femmes aux prises avec une grossesse non-désirée devraient être outillés pour dispenser ce type de counseling. Or, bien souvent, cet apprentissage se fait tout au long de la construction de l'expérience des intervenants. La littérature démontre une préoccupation à l'égard des femmes qui consultent, mais aucunement face aux défis avec lesquels les infirmières doivent composer durant cette pratique.

Aussi, très peu de littérature et d'outils sont disponibles afin de guider et soutenir les infirmières dans les méandres des défis rencontrés. Même s'il s'agit d'une activité professionnelle fort répandue dans plusieurs champs de pratique, le counseling infirmier demeure relativement peu exploré dans des domaines tels l'euthanasie et l'avortement, là où des enjeux éthiques et moraux doivent être pris en compte par les intervenants. Ainsi, les écrits se font fort muets en regard de la pratique du counseling infirmier pré-

⁵ Communications personnelles lors du stage d'intégration dans le milieu en janvier 2004.

IVG spécifique au 2^{ème} trimestre. De plus, les recherches portant directement sur les infirmières effectuant du counseling pré-IVG s'avèrent extrêmement rares, voire même absentes dans le cas des IVG de 2^{ème} trimestre. Le peu d'écrits disponibles sur le sujet concernent essentiellement des recommandations « prescriptives » quant à la façon d'aborder le counseling. Ces écrits sont orientés dans une visée d'optimiser les bienfaits pour la cliente, laissant à la dérive la question majeure des défis pour les infirmières. Il en résulte alors que ces professionnelles disposent de peu d'appuis et de repères leur permettant de mettre en perspective et de réfléchir leur pratique.

Les rôles et buts du counseling, quant à eux, sont davantage éclairés par la littérature. Pour une femme se présentant pour un avortement, la décision d'aborder vers l'IVG émerge d'un processus décisionnel ardu, parfois confus, et souvent conflictuel entre les désirs, les valeurs et les buts (Gameau, 1993). Le counseling devient alors une opportunité d'expression des craintes et des angoisses, et permet l'évaluation des habiletés de coping et le soutien des forces des femmes (Baker, Beresford, Halvorson-Boyd & Garrity, 1999). L'accompagnement de ces dernières dans un cheminement vers la quête d'un sens et d'une compréhension de cette expérience pour laquelle elles se sentiront aptes à répondre de leur choix est l'un des buts majeurs du counseling. Parmi les bénéfices directs d'un counseling pré-IVG efficace, on retrouve l'établissement d'une relation thérapeutique positive entre la cliente et l'intervenante, et l'expérience d'une procédure moins douloureuse durant l'avortement (Baker & al., 1999). En contre-partie, un counseling pré-IVG inadéquat peut résulter en la manifestation par la cliente d'émotions inattendues et peut parfois alourdir le deuil qui s'ensuit.

Néanmoins, les activités de counseling ne sont pas exclusives aux infirmières. D'autres disciplines telles que la médecine, le travail social et la psychologie se sont penchées sur la problématique du counseling relatif aux avortements. Il en ressort les mêmes constats que pour la pratique infirmière, à savoir que peu d'attention est dirigée à l'égard des défis rencontrés par le professionnel qui dispense le counseling. En dépit du fait que les démarches du counseling pré-IVG s'apparentent dans tous ces champs de

pratique, les finalités de chacune sont teintées de leurs paradigmes respectifs et, pour les sciences infirmières, la primauté d'une approche biopsychosociale est devenue incontestable. Évidemment, une interdisciplinarité où convergent ces perspectives est non seulement souhaitable mais nécessaire pour une intervention holistique optimisée par le souci de toutes les dimensions de la personne. Au-delà de ceci, une modélisation de la pratique du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre propre aux sciences infirmières puise son importance dans l'actualisation des particularités et des valeurs mues par la profession.

En résumé, l'augmentation des interventions d'IVG de 2^{ème} trimestre en première ligne, les nombreux défis posés pour la pratique infirmière du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre, le peu d'attention accordée à la gestion de ces défis par les infirmières et le manque de mécanismes de soutien pour celles-ci renforcent la nécessité de déployer des efforts de recherche sur ce sujet. Il importe alors de documenter et de réfléchir cette pratique selon une perspective infirmière afin de les soutenir dans les multiples défis que représente ce domaine d'intervention. Il appert aussi d'y inscrire la spécificité de l'expertise infirmière puisque ce sont généralement elles qui, en première ligne, sont les actrices oeuvrant à la confluence des sphères physiques, sociales et psychologiques.

1.4 But de l'Étude et Questions de Recherche

Le but de cette recherche est de documenter et de modéliser la pratique du counseling infirmier auprès de femmes sollicitant une IVG de 2^{ème} trimestre dans des services de première ligne et ce, dans l'optique de se doter de points de repère pour mieux réfléchir cette pratique et promouvoir son développement. Pour ce faire, il est incontournable de tenir compte des défis avec lesquels composent les infirmières afin de ne pas réduire la complexité de cette pratique à un regard uniquement tourné vers les clientes. Les questions de recherche sont les suivantes : 1) À la lumière de leur expérience, quelles sont les pratiques de counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre qui, selon ces infirmières, sont les plus aidantes? et 2) Quels sont les défis du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre? et surtout 3) Comment les gèrent-elles? En plus de permettre la modélisation de la diversité des pratiques demeurant peu explicitées, ces questions

souligneront les défis devant être pris en compte dans le développement de cette pratique.

1.5 Pertinence du Projet

Les infirmières de l'établissement où se déroule la recherche possèdent plusieurs outils de travail utilisés lors des entrevues pré-IVG, tel que des instruments de collecte des données et des questionnaires d'évaluation des dimensions à considérer chez les femmes consultant. Cependant, aucun ne leur permet de faire cheminer des réflexions sur lesquelles reposent leurs interventions. La modélisation proposée par cette recherche s'avérera alors un outil pour représenter les multiples facettes de cette pratique afin d'en négocier le sens et d'entreprendre une réflexion appuyée empiriquement.

Chapitre 2

Cadre méthodologique

2.1 Cadre de Référence Général :

Une Approche Participative, Constructiviste et Systémique

Toute recherche en sciences infirmières devrait être animée par la préoccupation du chercheur de développer des connaissances qui s'avéreront utiles pour la pratique. Ces recherches visent alors soit à consolider des acquis, à amener des changements vers le développement de nouvelles façons de faire ou encore, à mieux comprendre pour mieux aider. La recherche en sciences infirmières puise alors son importance dans une attention soutenue de maintenir concret et actuel un tissage resserré de liens entre la pratique et la théorie. Pour y parvenir, cette étude puisera à même le milieu, les acteurs qui l'animent, les interactions entre eux, et le reflet de leurs expériences vécues à travers leurs projets et leurs fins poursuivies, ses données d'observation.

S'inscrivant dans les traces d'une approche participative (Reason & Bradbury, 2001), ce projet à visée collaborative se veut une façon de renforcer le lien entre le chercheur et son milieu; entre les données recueillies, leur analyse et les acteurs du projet. Partant d'une préoccupation formulée par les intervenantes ayant mené à cerner le sujet de cette recherche, par les multiples consultations du groupe d'infirmières en phase préparatoire du projet, par la collaboration étroite d'une personne-clé de l'équipe d'infirmières et aussi par la participation des infirmières dans le processus d'analyse et de modélisation, cette visée collaborative s'affaire donc à rejoindre les acteurs dans leur milieu.

Adhérant à l'idée que ce sont précisément ces acteurs qui, par leurs interactions réciproques, co-construisent cette réalité que nous avons tenté d'appréhender, il est conséquemment congruent d'appuyer la philosophie de cette recherche sur le cadre général du constructivisme puisqu'il prône l'implication des acteurs du milieu (Guba & Lincoln, 1994). Ce cadre a alors servi de toile de fond pour guider le processus de développement des connaissances émergentes de cette recherche. Aussi, il a orienté de

façon générale l'esprit de cet ouvrage comme paradigme teintant notre vision de la pratique à l'étude, avec souplesse, et à toutes les étapes de la démarche.

Selon le paradigme du constructivisme, la connaissance naît d'un processus humain continu de construction et reconstruction, où la signification du monde vécu est construite à travers, avec et parmi le contexte social, individuel, culturel et environnemental (Levy, 1994). Voilà pourquoi il apparaît important d'impliquer les acteurs: la compréhension de leur réalité, telle qu'ils la vivent, ne peut se révéler que par l'intermédiaire de leur participation. Aussi, suivant ce paradigme, la connaissance demeure un processus dynamique dans lequel l'investigation, l'investigateur et les investigués sont en continuelle évolution. Ceci présuppose également une dimension temporelle encadrant les recherches et dont les résultats y sont conséquemment circonscrits. C'est cet aspect dynamique et évolutif du paradigme qui donne lieu à toutes sortes de significations du monde vécu, à la fois conflictuelles et complémentaires, puisque plusieurs connaissances équivalentes peuvent coexister (Guba & Lincoln, 1994).

Quatre champs distincts mais interreliés définissent ce paradigme du constructivisme (Levy, 1994). On trouve d'abord 1) le champ de la signification cognitive du constructivisme : il est exprimé par la reconnaissance du sujet-objet-projet comme un système de valeurs intégré, c'est-à-dire où l'investigateur, l'objet d'investigation et leurs projets respectifs forment un tout. Les connaissances sont donc littéralement créées à travers le processus même d'investigation. C'est d'ailleurs l'un des éléments qui distingue ce paradigme de celui du positivisme scientifique où la réalité serait décomposable en parties, appréhensible par des lois de causes à effets, dénuée de tout contexte et qui prétend que le monde est une entité indépendante de l'esprit. Il y a ensuite 2) le champ de l'engagement ontologique. Il est rattaché à l'existence de multiples perceptions et d'une pluralité de mondes vécus. Ce champ appuie le fait que les connaissances, dans un cadre constructiviste, sont issues de la variabilité subjective des individus et ne sont donc pas statiques ni définitives. En troisième lieu, se trouvent 3) les impératifs heuristiques. Par ce besoin de découverte, on

entend qu'il est requis d'identifier, d'interpréter et de signifier les multiples intentions et finalités des acteurs-dans-leur-contexte. Enfin, 4) le champ de la procédure organisationnelle relève d'une méthodologie issue des pratiques phénoménologiques et herméneutiques. Celui-ci vise à construire des conceptions multiples et émergentes de l'expérience et des phénomènes, d'où la valorisation d'une approche de recherche qualitative. La modélisation systémique (décrite ci-après) devient donc un outil s'inscrivant dans le champ de la procédure organisationnelle. Il est ainsi justifié d'accorder une attention de recherche à la compréhension de la pratique du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre et ce, avec les intervenantes de ce milieu et telle que vécue par elles. C'est alors dans cette optique que ce projet a tenté de promouvoir et soutenir une réflexion professionnelle et a visé, ultimement, à favoriser un développement de cette pratique.

Par modélisation, on entend une méthode systémique, donc qui prend en compte la globalité des éléments étant tous interreliés entre eux et aux contextes dans lesquels ils sont révélés, pour rendre intelligible des phénomènes complexes (Le Moigne, 1990). Le modèle est donc une représentation que l'on construit d'un phénomène et s'avère ainsi une source de connaissance plutôt qu'un résultat en soi. Il n'implique pas un pouvoir explicatif mais offre un support représentatif dans la perspective d'ancrer des réflexions. Nous estimons qu'en modélisant la pratique du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre, nous disposons ainsi d'un moyen pour faire cheminer les réflexions des infirmières en lien avec leur pratique. Ce modèle a alors servi de pilier pour l'analyse des données, la présentation des résultats et pour la démarche de réflexion des infirmières. Appliquée au counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre, la modélisation systémique a permis de nous représenter l'état actuel de cette pratique infirmière, dans le contexte où elle a été appréhendée, avec le bagage de la chercheuse-novice que je suis mais enrichit de celui des acteurs du milieu, dans le plus grand respect de l'intégrité de leurs perceptions. Et puisqu'elle est dérivée d'une visée collaborative, cette modélisation rend compte des contributions des participantes, tout en favorisant une compréhension de leur réalité.

La description que fait Le Moigne (1990) d'un modèle systémique est utile pour décrire et réfléchir une pratique. Cette dernière peut donc être conçue selon cinq dimensions en interaction. Il s'agit de la structure de cette pratique, des activités qui la composent, des finalités qu'elle poursuit, de l'environnement dans lequel elle se déroule et de son évolution dans le temps (voir appendice A). Plus précisément, la structure réfère aux interactions entre les acteurs de la pratique, soit les sujets-objets créant le noyau du projet. Les activités, quant à elles, constituent les moyens mis en œuvre par les acteurs; ce sont alors les interventions. Les finalités représentent les intentions des acteurs, soit les fins poursuivies par ceux-ci à travers leurs interventions et leurs interactions. L'environnement est décrit comme étant le contexte dans lequel la pratique prend place et se construit. Enfin, l'évolution fait état du processus dynamique que suit la pratique dans le temps.

Selon Le Moigne (1990), la perspective systémique nous offre ainsi une façon de conceptualiser une pratique et d'entreprendre sa compréhension en intégrant autant les acteurs qui la composent, que les interactions entre eux et avec l'environnement dans lequel ils évoluent. En d'autres mots, on reconnaît qu'il existe un objet, doté de finalités qui, dans un environnement, exerce une activité et voit sa structure interne évoluer au fil du temps, sans qu'il perde pour autant son identité unique (Le Moigne, 1990). De ce fait, la pratique du counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre peut être définie par les éléments suivants qui font écho à la perspective systémique décrite ci-haut : des acteurs en interaction, dans un contexte donné, qui exercent des activités basées sur des savoirs et qui poursuivent des projets évoluant à travers le temps.

Enfin, cette perspective n'est pas sans nous rappeler le métaparadigme des sciences infirmières guidant la pratique (Provencher et Fawcett, 1999). Ainsi les quatre champs distincts mais interreliés du métaparadigme étant a) les personnes (*structure*), soit celles au cœur de l'intervention; b) *l'environnement*, soit le contexte plus large entourant la situation des personnes; c) la santé, reconnue comme un concept *évolutif* puisqu'elle est un état dynamique ainsi qu'une *finalité* visant l'adaptation des personnes aux situations et à leur croissance par l'apprentissage des expériences de santé. Finalement, se trouve

d) le soin, étant *l'activité* de la pratique infirmière. Ce métaparadigme précise aussi que la discipline infirmière s'intéresse aux modèles de comportements de l'être humain en interaction avec son environnement ainsi qu'à la totalité de sa santé, reconnaissant qu'il interagit de manière continue avec son environnement. Or, le modèle systémique semble étendre sa visée de manière plus vaste encore que celle du métaparadigme car il accorde une attention toute particulière à la dimension de l'évolution, dimension pour laquelle le métaparadigme ne se prononce pas.

En somme, cette recherche s'inscrit dans un cadre participatif, constructiviste et systémique. Il devient aussi hautement pertinent de souscrire au paradigme constructiviste puisque nous croyons en ses prémisses et en l'exploration d'un monde socialement construit. La modélisation créée à travers cette recherche se prétend donc être l'une des explications possibles de la réalité des infirmières en pratique de counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre et représente la complexité de cette pratique afin de soutenir la réflexion des infirmières.

Chapitre 3

Recension des écrits

Les écrits consacrés au sujet de l'avortement se font fort nombreux, dû principalement aux controverses éthiques et morales soulevées par le sujet. Les recherches infirmières dans ce domaine sont, pour leur part, beaucoup plus restreintes. À noter, la rareté des recherches s'intéressant spécifiquement aux infirmières pratiquant dans le domaine des IVG, de même que celles se rapportant particulièrement aux IVG de second trimestre. Ce constat oblige la citation de références datant de nombreuses décennies, mais lesquelles sont devenues des écrits notoires et des références souvent incontournables aux études leur ayant succédées. Précisons toutefois qu'aucune recherche portant sur les infirmières effectuant du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre ne fut recensée.

Une recension des écrits à grande ouverture fut rigoureusement effectuée en utilisant des mots clés tels : avortement, avortement de deuxième trimestre, counseling, interruption volontaire de grossesse, *abortion*, *late term abortion*, *mid-trimester abortion*, *second trimester abortion*, *termination of pregnancy*, *unplanned pregnancy*, *nursing counseling*, en relation avec le rôle de l'infirmière. Des bases de données telles MEDLINE, CINAHL, PsycINFO et COCHRANE furent consultées, tout comme différentes ressources gouvernementales (Institut de la Statistique du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, *National Abortion Federation* (É-U), Réseau Canadien de la Santé, Santé Canada, Statistique Canada, Thèses Canada) et d'autres sources d'information en lien avec le sujet des avortements (*The Alan Guttmacher Institute* (É-U), *Prochoice* (É-U), Conseil du Statut de la Femme, Clinique Morgentaler).

Dans le texte qui suit, un bilan est dressé afin de rendre compte de l'état actuel des connaissances et des situations liées aux avortements de 2^{ème} trimestre. Seront abordés : la description de l'IVG de 2^{ème} trimestre, les facteurs décisionnels pour les femmes sollicitant une IVG de 2^{ème} trimestre, les réactions affectives et impacts psychologiques potentiels avec lesquels les infirmières doivent composer, les risques pour la santé physique des femmes, les défis reliés aux IVG de 2^{ème} trimestre pour les infirmières,

l'intervention de counseling pré-IVG, suivie finalement de celle spécifique au 2^{ème} trimestre. En terminant, un regard est jeté sur des modèles existants de counseling pré-IVG afin de mieux situer le but du présent ouvrage, soit la modélisation de cette pratique en sciences infirmières.

3.1 L'IVG de Deuxième Trimestre

Afin de mieux situer l'intervention de counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre, il appert de comprendre en quoi consiste l'IVG de 2^{ème} trimestre. L'interruption volontaire de grossesse est définie comme une interruption provoquée de la grossesse, habituellement avant que le fœtus ne soit suffisamment développé pour survivre à l'extérieur de l'utérus, devenue nécessaire pour la femme qui le porte et pratiquée à sa demande (Anderson, Anderson & Glanze, 1994). Les IVG de 2^{ème} trimestre font généralement référence aux interventions se situant entre la 13 ou 14^{ème} semaine et la 27^{ème} semaine de gestation (Epner, Jonas & Seckinger, 1998).

Au Canada, l'avortement est légal depuis 1988. Cependant, ce n'est seulement que depuis mars 1998 qu'une femme peut obtenir un avortement dans toutes les provinces et territoires du pays, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard (Santé Canada, 1998). Aucune limite supérieure n'est décrétée concernant le nombre de semaines de gestation au-delà duquel l'avortement n'est plus permis, mais les ressources se raréfient en fonction de l'avancement de la grossesse. Au Québec, généralement et à ce jour, 23 semaines de gestation est le seuil de pratique des avortements (à Sherbrooke) mais la province continue de défrayer les coûts des IVG effectuées aux États-Unis qui excèdent cette limite, en attendant que le service soit disponible dans la province.

D'autre part, la question de viabilité du fœtus porte à s'interroger sur les caractéristiques qui lui sont attribuées. La viabilité représente ce point à partir duquel le fœtus peut survivre à l'extérieur de l'utérus (Clarke, 1999). La question qui demeure est de savoir comment déterminer des frontières franches entre le potentiel de survie ou de non-viabilité ainsi que l'assistance biotechnologique dont sera tributaire cette survie? Dans la littérature, aucun consensus n'est arrêté sur la définition exacte de ces concepts.

Présumée existante après 27 semaines de gestation mais apparemment impossible avant 20 semaines, la viabilité du fœtus oscillerait quelque part dans cette zone grise, variant aussi selon sa propre condition à la naissance (Epner & al., 1998).

Aux États-Unis, la Cour Suprême a statué que le moment critique de viabilité représente la limite des interventions d'interruption de grossesses, permettant alors aux juridictions respectives de prohiber l'avortement au-delà de ce seuil (Clarke, 1999). La Cour impute donc au médecin la responsabilité professionnelle de trancher à savoir si le fœtus possède une capacité significative de survie et non uniquement une survie dite momentanée (Epner & al., 1998). Or, Clarke (1999) soulève que nombre de questions nébuleuses n'ont pas été élucidées par ce décret, comme par exemple : pourquoi la capacité de survivre à l'extérieur de l'utérus doit-elle être le facteur déterminant? Et pourquoi parler de viabilité potentielle alors que la non-viabilité l'est tout autant? Ces interrogations nous ramènent alors à considérer que l'avortement est assujéti à des mécanismes politiques et juridiques dont les fondements mêmes sont érigés sur des concepts plutôt abstraits. Ceci explique, en partie, les défis avec lesquels doivent composer les infirmières.

Même si les législations gouvernant la disponibilité des services d'IVG de 2^{ème} trimestre peuvent varier d'un pays à l'autre, les procédures, elles, demeurent relativement constantes (Huntington, 2002). Toutefois, la méthode utilisée est vouée à s'ajuster en fonction du nombre de semaines de gestation complétées dans ce second trimestre. Puisque la majorité des ces IVG est pratiquée avant la 23^{ème} semaine, la méthode de dilatation, extraction, aspiration et curetage est la plus utilisée dans les pays industrialisés et aussi la plus sécuritaire (Adler & al., 1992; Epner & al., 1998; Henshaw, 1990). Une installation de tiges laminaires⁶ au niveau du col de l'utérus la veille (et parfois l'avant-veille si la grossesse est plus avancée) est privilégiée pour induire une dilatation cervicale. Les tiges laminaires, de même que les prostaglandines

⁶ Bâtonnets en fibres naturelles ou synthétiques introduits au niveau du col de l'utérus pour faciliter le ramollissement et la dilatation de ce dernier. Ils absorbent l'eau du col pour augmenter de trois à quatre fois leur diamètre. Un minimum de huit à 12 heures est requis pour obtenir une dilatation cervicale de deux centimètres par cette approche (Mueller, 1991).

vaginales E2, sont reconnues comme des méthodes efficaces pour les IVG de 2^{ème} trimestre (Mueller, 1991). Au moment de l'intervention, un cathéter intraveineux est installé au bras pour l'administration de sédatifs et d'analgésiques. Enfin, une anesthésie locale du col est effectuée pour minimiser la douleur lors de la procédure d'avortement. Notons que d'autres méthodes d'IVG de second trimestre sont parfois employées, tel que l'induction du travail suivi d'un accouchement provoqué mais cette technique est surtout nécessaire lors d'interruptions de grossesses très avancées (IVG de fin du 2^{ème} trimestre ou de 3^{ème} trimestre) (Epner & al., 1998).

Dans le milieu où s'est déroulée cette recherche, l'âge gestationnel de toutes les grossesses est confirmé avec précision par la mesure du diamètre bipariétal (DBP) du crâne du fœtus, sous échographie, par les infirmières. La procédure appliquée pour les IVG de 2^{ème} trimestre est celle décrite ci-haut (dilatation-extraction-aspiration-curetage) et ces IVG y sont pratiquées jusqu'à 22 6/7 semaines de gestation.

3.2 Facteurs Décisionnels pour les Femmes Sollicitant une IVG de Deuxième Trimestre

Puisque la majorité des femmes décidant de mettre fin à leur grossesse le font au cours du premier trimestre de gestation, et sachant que les IVG tardives augmentent les risques pour leur santé de même que leur stress psychologique (Lynxwiler & Wilson, 1994), il devient pertinent de s'interroger sur les raisons qui amènent ces IVG au 2^{ème} trimestre. Quelques études se sont penchées sur cette question dans les dernières décennies mais le sujet demeure encore peu exploré. Selon Clarke (1999), les raisons évoquées d'interrompre la grossesse doivent être abordées en termes de considérations des facteurs impliqués propres à chaque personne, en se gardant d'émettre des généralisations abusives. Baker et al. (1999) affirment que comprendre les raisons qui amènent une femme à demander une IVG au 2^{ème} trimestre peut aider le professionnel à offrir des soins empreints de compassion.

Sans vouloir tendre vers des catégorisations rigides, il n'en demeure pas moins que certains facteurs se retrouvent invariablement dans plusieurs études consacrées à l'exploration des raisons associées à des IVG tardives. Ainsi, la crainte d'annoncer la

grossesse aux parents ou au partenaire, l'accessibilité différentielle aux services d'IVG de 2^{ème} trimestre, le faible niveau d'éducation ou du revenu, de même que l'ambivalence persistante seraient corrélés à l'obtention d'une IVG de 2^{ème} trimestre (Adler & al., 1992; Baker & al., 1999 ; Epner & al., 1998; Guilbert, Marcoux & Rioux, 1994; Lynxwiler & Wilson, 1994; Mueller, 1991; Torres & Darroch-Forest, 1988). Par ailleurs, sans être univoques, d'autres facteurs occupent une place marquée dans la recension de ces raisons. Il s'agit de : l'absence de relation stable avec un partenaire (Baker & al., 1999 ; Guilbert & al., 1994), le fait d'avoir déjà un autre enfant (Guilbert & al., 1994; Lynxwiler & Wilson, 1994), et la perception d'un faible soutien social (Baker & al., 1999; Lynxwiler & Wilson, 1994). Plus spécifiquement, voyons ce que certains de ces auteurs détaillent à propos des IVG de 2^{ème} trimestre.

L'étude canadienne de Guilbert et al. (1994), réalisée auprès de 2 771 femmes, énonce les facteurs associés à l'obtention d'une IVG de 2^{ème} trimestre (pour celles entre 13 et 16 semaines de gestation). Dix facteurs expliqueraient 9,4 % de la variance totale dans l'âge gestationnel pour la demande de ces IVG ($p < 0.05$) : 1) être jeune; 2) avoir un faible niveau d'éducation; 3) demeurer loin d'une clinique où sont dispensés des services d'IVG de 2^{ème} trimestre; 4) avoir déjà un autre enfant; 5) avoir une infection transmissible sexuellement avant l'avortement; 6) ne pas utiliser de contraception sur une base régulière, ou avoir eu une intervention de stérilisation, ou avoir un partenaire ayant eu une vasectomie; 7) avoir eu plusieurs partenaires dans l'année qui a précédé l'IVG; 8) ne pas avoir une relation significative avec un partenaire sexuel stable; 9) être ambivalente concernant l'IVG; et 10) avoir tardé entre la première consultation à la clinique et le moment de l'avortement. Malgré que 9,4% de la variance demeure relativement faible et que plusieurs de ces facteurs apparaissent modulables selon les définitions conceptuelles et opérationnelles utilisées, il demeure que la plupart d'entre eux sont retrouvés dans des écrits publiés ailleurs ou subséquentment.

À la même période, des auteurs américains (Lynxwiler & Wilson, 1994) ont mené une recherche auprès de 240 femmes sollicitant une IVG de second trimestre. Leur analyse mettait en relief les caractéristiques distinctives entre les femmes blanches et

celles de race noire. Les facteurs non liés à la race sont les suivants : l'attitude de la femme face à la légalité de l'avortement, la religiosité, le revenu familial, la présence d'autres enfants, les caractéristiques propres au lieu de résidence, la crainte d'annoncer la grossesse et le soutien social. Ces facteurs semblent ainsi représenter des caractéristiques générales des femmes sollicitant un avortement de 2^{ème} trimestre et certains d'entre eux renforcent les résultats de l'étude précédente.

Epner et al. (1998) ont publié une revue de littérature scientifique et d'information médicale où, cette fois, l'importance des raisons évoquées pour les IVG sollicitées tardivement était hiérarchisée. On y cite les résultats d'un vaste sondage américain effectué en 1987 par le *Alan Guttmacher Institute (AGI)*⁷ dans une trentaine de centres réalisant chacun plus de 400 IVG par année (dont des IVG de 2^{ème} trimestre). Ainsi, parmi les 1900 répondantes, 71% avaient mentionné ignorer qu'elles étaient enceintes ou avaient mal jugé leur stade gestationnel. Il est alors possible d'inférer que ces données sous-tendent des conditions ancrées plus profondément comme le déni de la grossesse (Baker & al., 1999), la croyance populaire de la pensée magique qui prémunit mentalement ces femmes d'admettre qu'elles sont enceintes, ou encore le refoulement grâce auquel elles ne sont pas conscientes de leur état de grossesse. Quant aux autres raisons mentionnées dans cette étude, elles se résument aux obstacles rencontrés pour obtenir l'IVG (dont l'aspect pécuniaire) à 48%, à la crainte d'annoncer la grossesse aux parents ou au partenaire (33%) et enfin à l'ambivalence persistante avant d'en arriver à cette prise de décision (24%). Les auteurs ajoutent enfin les raisons relatives à l'état de santé menaçant abruptement la vie de la mère ou, tout comme Baker et al. (1999), celles qui résultent de la découverte d'une condition anormale chez le fœtus. En effet, les tests diagnostiques, comme l'échographie de routine ou l'amniocentèse, sont précisément effectués au 2^{ème} trimestre de gestation. Toutefois, les proportions d'IVG de 2^{ème} trimestre dues à ces conditions seraient minimales (Rosenfield, 1994).

⁷ Le AGI est une corporation américaine indépendante, à but non lucratif, qui collige des données statistiques pour la recherche, l'analyse des politiques et l'éducation publique.

Par ailleurs, ces données corroborent les explications de Torres et Darroch-Forrest (1988), de Mueller (1991) et d'Adler et al. (1992). Leurs conclusions indiquent que les deux principales raisons d'IVG de 2^{ème} trimestre conséquentes à des grossesses non-désirées sont : les raisons d'ordre personnel et l'accès limité aux services d'avortement. Baker et al. (1999) ajoutent aussi que l'absence ou la subtilité des symptômes de grossesse (parfois la continuité des menstruations), un changement survenu dans la situation financière, ainsi qu'un manque de connaissances concernant les distinctions entre les IVG de 1^{er} et 2^{ème} trimestre, font également partie des raisons fréquemment évoquées entourant les demandes d'IVG de 2^{ème} trimestre. De plus, il semble que les pressions sociales et l'application de forces coercitives par les proches puisse influencer significativement la décision d'interrompre la grossesse et ce, même une fois parvenue au 2^{ème} trimestre (Baker & al., 1999 ; Brien, 1996; Neidhardt, 1986; Torres & Darroch-Forrest, 1988; Walker, 2000).

Somme toute, les raisons exprimées par les femmes obtenant une IVG de second trimestre sont multiples et variées. La connaissance de ces raisons contribue à contextualiser la pratique des infirmières, de même qu'à mieux saisir les défis avec lesquels elles composent. Il va sans dire qu'à toutes celles fréquemment énumérées s'ajoutent autant d'autres particularités teintant l'histoire personnelle de chacune. Néanmoins, nous conviendrons que la presque totalité de la littérature produite sur ce sujet nous provient des États-Unis. On doit donc interpréter prudemment ces données et les traduire comme étant le fruit de recherches américaines, et qui datent déjà. Ainsi, l'établissement de parallèles pour certaines de ces variables (comme c'est le cas, par exemple, pour l'attitude face à la légalité de l'avortement ou pour l'accessibilité aux ressources) avec la situation des IVG de 2^{ème} trimestre au Québec serait peu approprié. Ces constats renforcent la nécessité de s'investir dans des recherches semblables, au Québec et de nos jours, afin de mieux soutenir, d'autre part, la pratique infirmière dans ce domaine.

3.3 Réactions affectives et Impacts Psychologiques Potentiels des Femmes Sollicitant une IVG de Deuxième Trimestre

A) Réactions Affectives des Femmes

Tout comme pour les facteurs liés à la demande d'IVG de 2^{ème} trimestre, des réactions affectives sont mises en évidence pour les femmes confrontées à cette intervention. Elles s'articulent particulièrement au niveau d'un bouleversement des émotions. Lorsqu'aux prises avec une grossesse non-désirée, les femmes peuvent éprouver une multitude d'émotions telles que : le déni, la culpabilité, la honte, la tristesse, les conflits de valeurs et l'inquiétude (Goss, 2002). Une fois la décision retenue de mettre un terme à la grossesse, d'autres émotions surgissent. La peur de la procédure, les appréhensions relatives aux démarches propres à la clinique d'IVG, l'anxiété de ne pouvoir garder le secret pour soi, la crainte de voir d'autres problèmes personnels amplifiés et la précipitation d'une réaction de deuil ou de culpabilité sont autant d'émotions susceptibles d'être vécues par les femmes demandant une IVG (Gameau, 1993).

La plupart des auteurs sont d'avis que les sentiments des femmes vivant une IVG (même tardive) sont mitigés : parfois solution porteuse de salut vécue avec confiance, soulagement et sans regrets; parfois deuil lourd et difficile à traverser (Clarke, 1999; Goss, 2002; Williams, 2000). Même si pour plusieurs femmes avoir recours à une IVG est souvent la seule solution qui s'impose, la décision demeure souvent difficile, confuse et n'est pas exempte de stress (Adler & al., 1992; Gameau, 1993; Goss, 2002; Mueller, 1991; Neidhardt, 1986; Walker, 2000; Webb, 1985; White & Garbett, 1996). De plus, les controverses entourant l'avortement ne font qu'ajouter à la complexité des émotions vécues (Neidhardt, 1986). White et Garbett (1996) soutiennent que les tensions sociales inhérentes à ce sujet se reflètent dans les conflits internes éprouvés par les femmes lorsqu'elles considèrent interrompre leur grossesse; l'avortement étant un sujet qui engendre des opinions hautement polarisées et de fortes émotions.

Plus spécifiquement en regard des IVG de 2^{ème} trimestre, les auteurs mentionnent que ces femmes vivraient davantage de sentiments de culpabilité, de honte et d'ambivalence face à la décision d'avorter, que celles qui procèdent en début de grossesse (Anderson & al., 1976). Mueller (1991), en particulier, affirme que ces interventions sont susceptibles d'être douloureuses physiquement et psychologiquement pour les femmes. La procédure d'intervention au 2^{ème} trimestre peut donc en soi induire davantage de stress que celle au 1^{er} trimestre. Ce qui explique, comme l'énonce Walker (2000), qu'il est essentiel pour l'infirmière de s'enquérir du niveau de stress émotionnel car il influencera l'habileté de la femme à absorber l'information avant la procédure, de même que ses soins post-IVG. Enfin, Neidhardt (1986) indique que les femmes demandant une IVG au second trimestre ressentent parfois une forme « condamnation sociale » lorsque la grossesse est devenue apparente.

B) Impacts Psychologiques Potentiels des Femmes

Sensibilisées aux raisons et aux réactions affectives entourant les demandes d'IVG de 2^{ème} trimestre, les infirmières doivent s'enquérir des impacts psychologiques qui en découlent puisqu'ils orienteront des interventions précises. Peu de recherches traitent des conséquences psychologiques pour les femmes ayant subi une IVG de second trimestre. Mueller (1991) affirme que les besoins de la cliente et de ses proches peuvent varier tout autant que l'expression des réactions émotives et psychologiques. Ces dernières peuvent alors être complexes et paradoxales.

Thème fréquemment recensé dans la littérature, il appert que le soulagement s'impose dans une grande partie des réactions psychologiques post-IVG, tous trimestres confondus (Baker & al., 1999; Gilchrist, 1995; Mueller, 1991). Paradoxalement, la majorité des auteurs abordent aussi la notion de deuil face à la grossesse en période post-IVG (Baker & al., 1999; Bewley, 1993; Goss, 2002; Haire, 2003; Mueller, 1991; Walker, 2000; Williams, 2000). Par ailleurs, plusieurs auteurs soulignent que des réactions telles la culpabilité, le sentiment de perte, la tristesse, le regret, les reproches envers soi et une diminution d'estime de soi sont communs, mais s'avèrent temporaires (Adler & al., 1992; Baker & al., 1999; Urquhart & Templeton, 1991; Webb, 1985;

White, 1996). Or, il importe de considérer que l'intensité et la nature même des réactions psychologiques peuvent être modulées selon le délai temporel suivant l'IVG où elles sont mesurées.

D'autre part, Gilchrist (1995) a réalisé une étude auprès de 6 410 femmes, dont certaines ont choisi l'avortement alors que d'autres ont opté pour mener à terme leur grossesse non-planifiée. Elle note que les femmes ayant eu l'IVG ne seraient pas plus à risque de vivre des problèmes psychologiques que celles ayant mené à terme leur grossesse et ce, une fois que les facteurs comme l'âge, le statut marital, la classe sociale et les antécédents psychiatriques ont été contrôlés. Mentionnons toutefois que nulle information n'est donnée sur le stade de la grossesse au moment de l'avortement. De plus, les données ont été extraites des rapports et dossiers médicaux des patientes fournies par les médecins omnipraticiens, ce qui peut laisser croire que tous les problèmes d'ordre psychologique n'y ont pas été signalés ou inscrits. Néanmoins, des auteurs (Adler & al., 1992; Baker et al., 1999) corroborent qu'il y aurait évidence que l'avortement de 2^{ème} trimestre n'entraînerait pas nécessairement de réponses psychologiques plus sévères qu'au 1^{er} trimestre.

Par contre, il semble que la présence de certains facteurs lors des IVG de 2^{ème} trimestre prédispose à des réactions psychologiques davantage négatives. Parmi ceux-ci, on note: être jeune et non-mariée; la durée de gestation et la procédure d'intervention (l'IVG tardive serait plus susceptible de provoquer une réaction négative); l'ambivalence face à l'IVG; la culpabilité ou la honte intense ressentie avant l'IVG; la perception d'un faible soutien social; avoir été stigmatisée par le choix de l'IVG ou avoir senti une pression exercée par les membres de l'entourage en faveur de l'IVG; la signification négative de la grossesse; la perception d'une faible capacité d'adaptation ou une faible estime de soi; l'existence préalable d'un problème de santé mentale ou des antécédents de perturbation affective; une histoire d'abus sexuel dans l'enfance; la croyance que l'avortement est un meurtre et, enfin, un diagnostic prénatal (Adler & al., 1992 ; Baker & al., 1999 ; Gameau,1993). Il est à nuancer que, pour les réponses psychologiques concernant les IVG de 2^{ème} trimestre, comparativement à celles du 1^{er}

trimestre, c'est davantage en terme d'intensité que se précisent ces réponses psychologiques. Bien souvent, la réflexion des femmes s'est prolongée et elles ont eu le temps d'assimiler davantage leur état de grossesse et ses implications, ce qui se traduit parfois par des réactions plus vives lorsqu'elles choisissent d'interrompre cette grossesse au 2^{ème} trimestre.

D'ailleurs, sans conclure à des problèmes psychologiques plus évidents, certains auteurs reconnaissent tout de même la manifestation de réactions plus intenses pour des femmes ayant une IVG de 2^{ème} trimestre. Ils imputent l'intensité accrue de ces réactions au fait qu'elles ressentent parfois déjà les mouvements du fœtus et aussi qu'elles ont souvent entendu le cœur fœtal lors d'un ultrason (Anderson & al., 1976; Mueller, 1991; Neidhardt, 1986). Ces éléments renvoient donc au concept d'être humain-en-devenir et à la personnalisation du fœtus. Parvenu au 2^{ème} trimestre, le fœtus est devenu une réalité plus concrète (Neidhardt, 1986). Sans compter que lorsqu'elles demandent elles-mêmes à voir le produit de la conception après l'IVG de 2^{ème} trimestre (même si, selon Baker et al. (1999), cela faciliterait le deuil pour certaines femmes), les formes humaines bien définies et la taille du fœtus provoquent parfois choc et détresse chez les femmes (Curtin, 1993; Huntington, 2002; Neidhardt, 1986; Webb, 1985). Enfin, elles seront souvent sujettes à une montée laiteuse quelques jours suivant l'intervention, ce qui peut représenter un rappel douloureux de l'événement (Mueller, 1991; Neidhardt, 1986).

En définitive, malgré qu'il existerait certaines conditions dans lesquelles une réaction psychologique dite « moins adaptée » serait d'occurrence plus manifeste, Adler et al. (1992) émettent une réserve contre la généralisation fréquente des interprétations d'expériences post-IVG. Ils considèrent que l'on doit prendre en compte la globalité de celles-ci dans leur contexte respectif, en incluant les raisons et circonstances entourant la prise de décision, ainsi que l'expérience de la procédure elle-même.

3.4 Risques pour la Santé Physique des Femmes Sollicitant une IVG de Deuxième Trimestre

Concernant les risques et conséquences liés à la santé physique des femmes subissant une IVG de 2^{ème} trimestre, les données disponibles s'avèrent davantage objectives. Des données internationales démontrent que les complications augmentent en fonction de l'âge gestationnel auquel est pratiquée l'IVG (Epner & al., 1998; Henshaw, 1990; Rosenfield, 1994). Toutefois, très peu de détails sont retrouvés sur les complications spécifiques aux IVG de 2^{ème} trimestre et certains auteurs conviennent que davantage de recherches s'imposent afin de mieux documenter le phénomène (Epner & al., 1998). Les admissions hospitalières constituent un des indicateurs les plus communs de morbidités secondaires à l'IVG. Or, elles ne révèlent que des conséquences relativement graves, comme des chirurgies d'urgence, des hémorragies requérant des transfusions sanguines, des hospitalisations prolongées ou une fièvre d'au moins 38°C persistant plus de 3 jours. Parmi les autres risques identifiés, on retrouve l'avortement incomplet (0.7%), les hémorragies mineures (0.1%), la perforation de l'utérus (0.1%), la lacération du col (0.1%), les infections pelviennes (0.1%), les risques d'infertilité et les allergies médicamenteuses (Statistique Canada, 1992). L'incompétence cervicale et la capacité compromise de grossesses ultérieures représentent encore des menaces minimales mais non résolues, propres aux IVG de 2^{ème} et 3^{ème} trimestre (Epner & al., 1998).

D'autre part, les risques de complication seraient fonction de la méthode employée pour l'IVG. En ordre hiérarchique d'importance, les IVG réalisées par des chirurgies majeures obtiennent les taux de complication les plus élevés, suivi de l'accouchement provoqué. Viennent ensuite les méthodes beaucoup moins menaçantes comme la dilatation-extraction puis, enfin, l'aspiration où les risques sont quasi-négligeables (Epner & al., 1998).

Quant aux risques de mortalité maternelle, ils seraient minimales lorsque l'IVG est pratiquée jusqu'à la 10^{ème} semaine de gestation (0.3 décès maternel pour 100 000 avortements) (Rosenfield, 1994). Ce risque croîtrait ensuite proportionnellement à

l'avancement de la gestation pour atteindre entre 12 à 16 décès pour 100 000 avortements lorsque effectuée après la 21^{ème} semaine (Epner & al., 1998; Rosenfield, 1994).

Il importe néanmoins de comprendre que les risques de mortalité maternelle, tout comme les complications possibles énoncées précédemment, sont hautement tributaires des méthodes employées. Or, ces dernières ne sont pas toujours explicitement énoncées dans la littérature, ce qui invite à faire montre d'un esprit critique dans l'interprétation de certaines données. De plus, la légalisation de l'avortement a amené une diminution substantielle des complications et des taux de mortalité maternelle (Henshaw, 1990), en dépit du fait que ces données demeurent difficiles à comparer puisque souvent non déclarées lorsque l'IVG était illégale. Entre autre, les risques d'infertilité étaient souvent conséquents à des complications non-traitées lors des avortements clandestins mais, de nos jours, ces risques deviennent négligeables (Statistique Canada, 1992). Depuis les deux dernières décennies, les méthodes d'avortement se sont raffinées et, avec elles, une meilleure garantie de la sécurité lors des interventions s'en est suivie. Les méthodes utilisées pour provoquer l'avortement deviennent moins invasives donc moins risquées (Santé Canada, 1998).

3.5 L'Intervention Infirmière et les Défis en Contexte d'IVG de Deuxième Trimestre

C'est alors dans le contexte de toutes les considérations précédemment discutées que s'inscrit l'intervention infirmière auprès des femmes sollicitant une IVG de 2^{ème} trimestre. Il va sans dire que l'infirmière doit procéder à la gestion de multiples éléments en cause afin d'offrir le meilleur soutien professionnel qui soit. Épisode parfois difficile et source de stress pour les femmes certes, mais du point de vue de l'infirmière œuvrant quotidiennement au cœur de ces tensions, les défis sont aussi nombreux, bien que peu reconnus et encore moins explorés. Webb (1985) déclarait notamment que le soutien des patientes subissant une IVG émerge de la littérature comme un thème important. À fortiori, le soutien aux professionnels visant à les pourvoir de connaissances, d'habiletés et de confiance est d'autant plus incontestable.

Pourtant qualifié d'exigeant, le rôle de l'infirmière en IVG serait voué, à certains endroits, à une expansion prometteuse pour la profession (Walker, 2000; Shamash, 2002). Shamash (2002) affirme que les services d'IVG pourraient devenir plus accessibles, sécuritaires, rapides et moins coûteux si les infirmières étaient appelées à y assumer une implication plus étendue, telle que la pratique de l'intervention proprement dite. Walker (2000) propose une ouverture à de nouveaux rôles fondés sur l'optimisation des soins aux patientes. Selon elle, les infirmières auront à développer davantage d'autonomie dans des activités telles que l'examen gynécologique, l'acquisition de connaissances poussées dans le domaine des grossesses et interruptions volontaires de grossesse, l'administration de produits abortifs et une spécialisation en planning familial et counseling de grossesses non-désirées.

Déjà, dans des pays tels que l'Afrique du Sud et les États-Unis, les infirmières endossent un rôle très élargi dans ce champ de pratique. À cet égard, Shamash (2002) considère que si elles ont reçu une formation adéquate, il ne persiste aucune raison de croire qu'elles ne pourraient procéder aux avortements. Toutefois, il ne manque pas d'indiquer qu'une exigence additionnelle de soutien à ces infirmières serait requise et il précise que les IVG du 2^{ème} trimestre devraient continuer à être effectuées par des gynécologues expérimentés, vu les risques de complications accrus.

Une étude récente, se rapportant à des IVG de 2^{ème} trimestre par accouchement provoqué, énonce que les infirmières impliquées dans ces interventions sont susceptibles de connaître une détresse psychologique et requièrent un soutien particulier (Huntington, 2002). En plus de pourvoir une judicieuse ressource au plan affectif, elles doivent gérer la médication, les effets secondaires, la réponse psychologique et physiologique des femmes. Cette pratique infirmière comporte donc des exigences appréciables tant aux plans physique et psychologique, que relevant de l'expertise professionnelle et serait potentiellement stressante (Bewley, 1993; Mueller, 1991).

Par ailleurs, bien que les infirmières expriment une certaine ambivalence relative à leur implication dans les IVG de 2^{ème} trimestre (Huntington, 2000), elles sont

généralement d'avis que les femmes doivent avoir le droit de recourir à ce choix. Déjà en 1976, Anderson et al. reconnaissent l'expression des conflits internes vécus par les infirmières dans ce domaine antithétique à la sauvegarde naturelle de la vie humaine. De plus, tout comme la réaction des femmes demandant à voir le produit de l'avortement, ce moment critique représente une épreuve ardue pour l'infirmière (Bewley, 1993; Huntington, 2002 ; Neidhardt, 1986).

Analysant la situation sous un angle macroscopique, Huntington (2002) soulève un autre défi pour les infirmières, soit les attentes que la société crée envers les infirmières. Elle considère que la société endosse des exigences considérables envers elles, en leur réclamant de négocier avec une multitude de situations pouvant éventuellement engendrer des traumatismes psychologiques. Ces infirmières qui choisissent d'œuvrer dans des espaces comportant des idées très polarisées doivent composer avec la complexité inhérente à leur travail. Elles ont à satisfaire à la fois aux exigences de la société et à celles de leurs clientes et ce, en agissant toujours en conformité avec leurs propres valeurs. Concrètement, elles doivent gérer l'impact psychologique d'être participantes actives dans un acte où la conséquence est de prévenir le développement d'une vie. Par opposition à d'autres secteurs de la profession où le soutien au deuil et à la souffrance psychologique est manifeste (comme c'est le cas en soins palliatifs par exemple), très peu de reconnaissance est dirigée envers les conséquences du travail des infirmières en IVG de 2^{ème} trimestre sur leur bien-être et, ultimement, sur leur pratique. Huntington (2002) révèle que les sentiments des infirmières doivent être légitimés et reconnus, particulièrement dans des secteurs comme les avortements, soit là où il y a une dimension affective significative.

Cependant, ces constats ne sont pas nouveaux. Il y a plus d'une décennie que Curtin (1993) a formulé que l'avortement se situe à la croisée de multiples droits et devoirs, tant individuels que collectifs, et que pour les infirmières, tenter d'atteindre un équilibre parmi toutes ces forces en puissance relève parfois d'un grand défi. Même pour celles qui considèrent que l'avortement ne représente pas l'anéantissement d'une vie humaine, l'exposition répétée et soutenue à la procédure (particulièrement pour les

IVG de 2^{ème} et 3^{ème} trimestre) peut induire un effet défavorable à long terme sur les professionnels impliqués (Curtin, 1993).

D'autres rares auteurs ont secondé la nécessité d'explorer, d'identifier, de décrire et de soutenir l'expérience des infirmières directement impliquées dans des avortements (Gmeiner & al., 2000). Ces auteurs ont exploré, par l'approche phénoménologique, l'expérience vécue d'infirmières participant à des IVG. Cinq grandes catégories ont émergé de leur analyse : 1) la légalisation des IVG est perçue par les infirmières comme une étape positive; 2) l'implication directe des infirmières amène un soulagement de trauma personnels liés à ces interventions; 3) l'application de mécanismes de défense (rationalisation, intellectualisation, extériorisation, déni) est interprétée comme un moyen de sauvegarde d'une souffrance psychologique potentielle; 4) le « *hosting secretiveness* » (soit la façon de se détacher, de prendre une distance par rapport à leur travail, voire même de le banaliser) est vu comme une protection contre la victimisation ou stigmatisation dont elles sont parfois sujettes; et enfin, 5) l'énonciation explicite d'un besoin de soutien (cognitif, affectif et spirituel) pour ces infirmières. Conséquemment, ces chercheurs ont proposé la mise sur pied d'un groupe de soutien pour ces infirmières, visant la narration de l'expérience vécue, le partage des sentiments et l'exploration de leurs forces. Le but ultime de ces séances étant surtout de faciliter l'expression et la découverte de nouveaux sens face à leurs défis quotidiens et ce, aux moyens du discours et d'un journal de bord réflexif. Ce groupe de soutien s'avérait ainsi une opportunité de promouvoir un renfort à ces infirmières. Parallèlement, Bewley (1993) a aussi fait mention des bénéfices de groupes de soutien par les pairs pour ces professionnelles afin de miser sur la discussion et le counseling exempt de jugement. Ainsi, malgré que la pratique infirmière et la culture du Québec et de l'Afrique du Sud soient très différentes, les résultats de Gmeiner et al. (2000) demeurent partiellement transférables dans la mesure où il est pertinent de s'intéresser aux apports pour nos infirmières de ces groupes de soutien par les pairs. Par ailleurs, il est à considérer que la modélisation créée dans cet ouvrage pourrait éventuellement servir de point de départ au développement de groupes de soutien.

En ayant parcouru les divers défis et implications pour les infirmières oeuvrant dans les IVG de 2^{ème} trimestre, il est manifeste que la recherche à ce sujet laisse une place encore béante à des efforts de compréhension et de reconnaissance de la complexité de cette pratique. Le counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre est alors un sujet pour lequel les recherches en sciences infirmières sont encore aujourd'hui rarissimes mais le besoin de s'y attarder, de plus en plus reconnu.

3.6 Le Counseling Infirmier Pré-IVG

Au sens large, le counseling infirmier est défini comme un processus interpersonnel visant à assister les individus qui le requièrent, bien-portants ou malades, dans la prévention ou le *coping* avec les traumatismes rencontrés et, si pertinent, dans la découverte d'une signification de cette expérience (Soohbany, 1999). Cet auteur introduit aussi l'utilisation thérapeutique du soi dans cette activité afin de parvenir à transcender les rôles de patiente-cliente et infirmière-consultante dans l'établissement d'une présence « caring ». Convenant que, pour la patiente subissant une IVG, les besoins psychologiques sont aussi importants que la procédure physique elle-même (Baker & al., 1999 ; Gameau, 1993), le counseling pré-IVG est reconnu comme un élément essentiel et intégrant de tout le processus d'avortement (Goss, 2002).

D'un point de vue global, le counseling infirmier représente un sujet passablement bien couvert dans la littérature, particulièrement en ce qui a trait à des thèmes tels que le counseling sur des habitudes de vie comme l'abandon du tabac, l'alimentation ou l'exercice physique; le counseling entourant le dépistage et le suivi de cancers tel que le cancer du sein ou relatif au VIH; ou pour la gestion de maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardiovasculaires (Chaney, 1997; Cornuz, Pinget, Gilbert, & Paccaud, 2003; Lickiss, 2001; Purath, Miller, McCabe & Wilbur, 2004; Reeder, 1998; Rosal & al., 2001; Sinclair, Bond & Stead, 2004). Cependant, aucun écrit ne réunissant à la fois le counseling infirmier pour des femmes requérant une IVG de 2^{ème} trimestre et l'aspect relatif au professionnel qui le dispense ne fut repéré. Légèrement plus nombreux, les articles publiés sur le counseling de femmes enceintes font référence au soutien infirmier à prodiguer dans le processus réflexif et décisionnel face à l'issue de la

grossesse. Dans les lignes qui suivent, nous exposerons donc différentes facettes du counseling infirmier pré-IVG en lien avec ses caractéristiques, ses buts et rôles, en passant par ses bénéfices et limites. Le counseling spécifique au 2^{ème} trimestre sera présenté dans la section succédant celle-ci.

La plupart des auteurs ayant écrit sur le counseling pré-IVG présentent des éléments convergents quant à leur façon de concevoir les différents rôles du counseling dans cette sphère d'activité. Ainsi, il appert que le soutien et le développement de mécanismes d'adaptation (*coping*) pour la cliente, l'aide à la recherche d'un sens de cette expérience, la détermination d'un choix face auquel elle se sent responsable et la dispensation d'informations sont autant d'aspects communs pour plusieurs auteurs (Baker & al., 1999; Brien, 1996; Gameau, 1993; Goss, 2002). Le counseling pré-IVG peut aussi revêtir un rôle de dépistage en identifiant les femmes à risque d'avoir des réactions psychologiques potentiellement plus sérieuses en post-IVG ou devant requérir un soutien accru (Baker & al., 1999; Brien, 1996; Gameau, 1993; Gilchrist, 1995; Walker, 2000).

Burke et Fair (2003) promeuvent le rôle de l'infirmière en counseling comme étant une position privilégiée pour faciliter des changements comportementaux liés à la réduction des risques pour la santé. Une recherche prospective réalisée auprès de 103 femmes sollicitant une IVG, interrogées de une à trois semaines avant l'IVG, puis six mois après, démontre bien la persistance de certains changements comportementaux abordés lors du counseling. Ainsi, couvrir des sujets comme la contraception et les MTS au moment du counseling pré-IVG permettrait d'avoir un impact favorable et durable sur la conduite des femmes en post-IVG.

D'autres auteurs mettent aussi l'emphase sur la nécessité d'établir une communication claire et de divulguer une information détaillée, précise et complète (Bewley, 1993; Goss, 2002; Walker, 2000; White & Garbett, 1996). Il semble qu'en s'armant de connaissances, les femmes peuvent minimiser le stress auquel elles sont confrontées, la douleur lors de l'intervention et ainsi déjà entamer un processus de

guérison physique et psychologique (Baker & al., 1999 ; Walker, 2000). Des effets psychologiques à plus long terme pourraient aussi surgir si l'exploration des émotions était escamotée au moment du counseling pré-IVG (Brien, 1996). Par conséquent, les bénéfices immédiats d'un counseling adéquat sont concrétisés dans une relation patiente-intervenante plus satisfaisante, ainsi que par une diminution de la douleur et des inconforts physiques relatifs à l'avortement.

Quant aux buts du counseling pré-IVG, il importe de considérer l'aspect d'individualité pour la femme au centre de cette expérience (Brien, 1996). Ils se résument alors à établir un environnement propice à l'exploration des réactions émotives des femmes afin de parvenir à un choix judicieux, considéré et indépendant. Parallèlement, Goss (2002) promeut la facilitation du processus de deuil et sa résolution comme fonctions premières du counseling pré-IVG. Et pour ce faire, l'infirmière doit notamment offrir de l'information objective sur les méthodes abortives, explorer et valider la myriade de sentiments vécus par la femme, projeter une attitude exempte de jugement, évaluer l'état psychologique et poser des questions réflexives.

En définitive, Brien (1996) nous amène à reconnaître une limite du counseling pré-IVG. En lien avec les grossesses non-planifiées, elle fait mention que ce type de counseling, entre autres, se heurte à ne pouvoir résoudre la globalité des problèmes complexes souvent présents pour les femmes dans cette situation. Selon elle, il s'agit réellement d'un counseling en situation de crise et, par le fait même, limité dans son étendue et sa portée. Effectivement, il serait illusoire de croire que sur l'intervention de counseling pré-IVG repose l'issue de toute cette expérience, la résolution de l'instabilité psychologique engendrée par celle-ci, de même que la modification ultérieure de comportements à risque. Il n'en demeure pas moins que cette portée, même si reléguée par quelques auteurs à une intervention en situation de crise, reste tout de même vaste.

3.7 Le Counseling Pré-IVG de Deuxième Trimestre

Rares sont les textes consacrés à explorer les nuances spécifiques au counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre et à ses défis. Néanmoins, Baker et al. (1999) renvoient aux

raisons évoquées pour solliciter des IVG de 2^{ème} trimestre afin d'optimiser l'orientation du counseling et la compassion dont seront empreints les soins. Ils préconisent, par ailleurs, de miser sur les opportunités d'intervention en regard des IVG de 2^{ème} trimestre, assumant que ce counseling peut se vouer à prévenir une récurrence. Ils adhèrent donc à la visée de Poskiparta, Liimatainen, Kettunen et Karhila (2001) où le counseling de femmes demandant une IVG de 2^{ème} trimestre devient ici une application particulière de principes généraux de counseling. Le soutien émotif est nettement indiqué car il a aussi le potentiel d'induire une diminution de l'inconfort et de la douleur physique expérimentée lors des IVG de 2^{ème} trimestre (Mueller, 1991).

Quant aux attitudes infirmières prônées lors du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre, se garder d'émettre des jugements semble être prescrit comme une conduite essentielle à adopter (Neidhardt, 1986). L'on considère ainsi que l'infirmière doit s'abstenir de projeter des biais personnels dans les soins donnés aux patientes. Cette attitude s'actualise donc par le respect de chacun des choix, accepté comme étant uniquement le seul et le meilleur puisque, finalement, ces femmes doivent vivre ce choix et par surcroît, au-delà de celui-ci (Clarke, 1999).

Au détriment de ces considérations, il persiste dans le counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre un besoin mis à nu se rapportant à la nécessité de mieux comprendre et documenter la pratique infirmière dans cette sphère en expansion. Enfin, au-delà des orientations précédemment traitées, nous nous sommes intéressées à connaître l'existence de modèles de counseling pouvant s'arrimer aux besoins dévoilés dans cette recherche, estimant que ce qu'ils soutiennent comme principes directeurs peut se révéler aidant dans la compréhension de cette pratique.

3.8 Modèle de Counseling Pré-IVG

À travers la recension des écrits, quelques modèles de counseling infirmiers ont été aperçus. En fait, ils font office de cadre de référence pour baliser et orienter la pratique du counseling. Notamment, le *empowermental health counseling* (Burke & Fair, 2003 ; Poskiparta & al., 2001) prône un virage de paradigme infirmier vers une approche

d'*empowerment* pour le client reposant sur ses valeurs, ses croyances, ses comportements de santé et l'acquisition de nouvelles habiletés dans l'amélioration de son mode de vie. Ce modèle, déjà utilisé en counseling pré-IVG, cible alors particulièrement des modifications comportementales chez le client.

Quant aux modèles de counseling pré-IVG spécifiquement développés à cette fin, le seul recensé est exposé dans une étude en travail social par Gameau (1993). Ce protocole d'intervention promeut l'établissement d'un programme de dépistage et de counseling pour les femmes à haut risque de problèmes psychosociaux rattachés à leur grossesse. Les femmes sont systématiquement rencontrées par une infirmière pour un counseling pré-IVG, mais celles pour qui une menace accrue est perçue se voient proposer une rencontre auprès d'un travailleur social. Des critères encadrent la pertinence de référer au travailleur social (par exemple, une grossesse non-désirée, une perte reliée à la grossesse ou l'existence de problèmes sociaux préalables). Le protocole de counseling pré-IVG a d'ailleurs été conçu à partir de ces critères. Ses objectifs visent donc à amener la patiente à se sentir responsable de son choix d'avorter et des conséquences engendrées, de parler de tout aspect relatif à sa grossesse et à sa décision, de l'assister dans la gestion de problèmes psychosociaux éventuels et de s'assurer qu'elle est informée des services qui lui sont accessibles en regard de l'IVG.

Quoique prônant de judicieux conseils, ce type de modèle fait toutefois abstraction des implications et des conséquences pour les professionnels qui dispensent le counseling. Ils revêtent tous, à certains égards, un mode « prescriptif » duquel émane davantage des directives visant à optimiser l'efficacité du counseling, qu'à prendre en compte les considérations de toutes les actrices en relation. Particulièrement, la dimension de l'intervention infirmière au cœur du counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre ne dispose d'aucun appui dans ce type de modèle.

Somme toute, les écrits publiés nous auront donc permis de mieux saisir en quoi consiste l'avortement de 2^{ème} trimestre, tant du point de vue des femmes que des infirmières. Il nous a aussi amené à constater que les écrits sur le sujet des avortements

sont passablement variés concernant les facteurs liés aux demandes d'IVG et les conséquences pour les femmes vivant une IVG. Or, les auteurs abordent peu les défis potentiels propres à ces interventions pour les infirmières et précisent que les IVG tardives sont davantage propices à présenter des défis pour ces dernières. De plus, l'intervention de counseling est documentée dans plusieurs secteurs de pratique infirmière mais ne l'est que très peu concernant les avortements et aucun modèle infirmier de cette pratique n'est présenté dans la littérature. La recherche présente s'inscrit donc dans un besoin manifeste de documenter cette pratique du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre selon le point de vue des infirmières afin de faciliter la gestion des défis rencontrés tant par ces dernières que par les clientes.

Chapitre 4

Méthodologie

4.1 Devis de Recherche

Ciblant l'exploration et la compréhension d'une pratique peu élucidée, cette étude s'appuie sur un devis qualitatif exploratoire à visée collaborative. Marshall et Rossman (1989) soulignent l'utilité et la supériorité de la recherche qualitative dans certaines situations, notamment lorsque la recherche a pour but d'approfondir des processus ou des phénomènes complexes; ou lorsqu'elle comporte des dimensions pertinentes qui n'ont pas encore été cernées.

4.2 Déroulement Général du Projet

Cette recherche fait suite à la manifestation d'un intérêt clinique pour le sujet de la part des infirmières du milieu. Réalisé en 2003 par Gendron, Lauzon et St-Denis, un processus systématique de consultation auprès de 20 équipes d'intervenants de l'établissement a permis d'identifier des préoccupations reliées à leur pratique dans le but de contribuer au développement d'une programmation de recherche. Le thème des IVG de 2^{ème} trimestre a alors été cerné par les infirmières de l'équipe des IVG comme un élément requérant davantage d'exploration et face auquel elles se sentaient peu outillées. En effet, comme le nombre d'interventions attribuées à ce trimestre de grossesse s'est considérablement accru dans les dernières années, leurs questionnements face aux défis de cette pratique se sont aussi vus augmenter. Aussi, non seulement la détermination du sujet de recherche a émergé d'une convergence entre les intérêts des intervenants du milieu et des chercheuses rattachées à l'Université de Montréal, mais des liens se créés et maintenus avec ces intervenants tout au long du processus.

En juillet 2003, lors d'une rencontre avec la directrice de recherche, l'intérêt pour bâtir un projet de mémoire auprès de l'équipe des infirmières en IVG concernant le thème des IVG de 2^{ème} trimestre a été exprimé par l'infirmière-investigatrice. C'est alors à cette première rencontre que le type d'approche de recherche souhaitée par l'établissement a été exposé. On aspirait donc à une approche de partenariat avec les intervenants du milieu. Le premier contact avec l'équipe concernée aura lieu trois mois plus tard et l'accueil d'un projet de recherche se fera assez enthousiaste. Dès lors, nous convenons de travailler en collaboration, dans une optique que ce projet soit autant utile

pour elles, qu'intéressant pour l'infirmière-investigatrice. C'est aussi à cette même rencontre, en octobre 2003, qu'une personne-clé de ce milieu a été identifiée, sur une base volontaire, pour faciliter les contacts et les communications entre l'équipe et l'infirmière-investigatrice. En parallèle, la détermination de la question de recherche a été précisée autour du counseling. La tenue d'un journal de bord relatant les démarches du projet, les points saillants des rencontres avec les infirmières, le bilan de celles-ci et les orientations qui s'ensuivent a alors été initiée.

Afin de mieux saisir le travail de ces infirmières, l'infirmière-investigatrice a réalisé un stage d'une semaine intensive d'observation participante dans le milieu en janvier 2004. Facilitant alors son intégration à l'équipe, ce stage a par ailleurs permis d'amorcer le développement de relations avec les participantes (et tout particulièrement avec la personne-clé), dans une volonté d'harmoniser la visée collaborative prônée. Ensuite, se sont succédées quelques rencontres avec l'équipe des infirmières pour leur faire part de l'avancement du projet et de l'état de la recension des écrits. Plus tard, des éléments de la problématique de recherche ont été introduits aux infirmières et, du même coup, ces rencontres visaient à recueillir leurs commentaires, réactions et suggestions.

En octobre 2004, la présence dans le milieu pour l'infirmière-investigatrice est devenue davantage soutenue afin de construire et solidifier une relation de confiance avec les infirmières qui avaient verbalisé ne plus saisir très bien les orientations qui étaient prises et leur pertinence. Tout ceci était aussi exacerbé par une mobilité du personnel en place: des infirmières et une gestionnaire chef d'équipe avaient quitté et de nouvelles actrices leur avaient succédé. L'établissement de liens à recréer auprès de celles-ci a donc demandé un ajustement. Cette nécessité de resserrer le lien entre l'infirmière-investigatrice et les intervenantes du milieu s'est avérée d'autant plus marquée pour la personne-clé. Nous avons alors réalisé que le rôle de cette dernière n'était pas suffisamment défini, probablement imputable au fait qu'il s'agissait d'une première expérience de ce type d'accompagnement pour le milieu.

Une action a alors été posée pour sauvegarder l'intérêt et la collaboration des infirmières. Des rencontres hebdomadaires avec les infirmières disponibles se sont installées et sont devenues, peu à peu, un moment privilégié pour créer des liens et être à l'écoute de ce qu'elles avaient à verbaliser en regard du projet. D'autre part, ces rencontres ont permis d'offrir des occasions pour éclaircir des éléments ambigus, pour rassurer les infirmières quant à la confidentialité des données et leur utilisation, et pour renforcer l'utilité du projet de recherche. Ces moments d'échange ont aussi donné lieu à cheminement progressif de la réflexion de l'infirmière-investigatrice et ont influencé la planification du recrutement des participantes.

Le journal de bord personnel est devenu un journal partagé. La directrice de recherche et la personne-clé du milieu en recevaient désormais des exemplaires conformes leur permettant d'apprécier l'identification et la formulation des préoccupations de l'équipe. Elles pouvaient également valider la compréhension qu'avait l'infirmière-investigatrice d'une rencontre et y amener des réajustements au besoin. Ce journal visait aussi, ultimement, à soutenir la participation et l'intérêt de la personne-clé dans la construction du projet de recherche.

Cette visée collaborative, s'inspirant de la recherche participative, prône davantage le « faire avec » les acteurs du milieu, plutôt que de diriger une recherche « sur » eux (Barrett, 2001). Elle s'actualise donc à plusieurs étapes de la démarche puisque l'objet de recherche est d'abord rattaché à une préoccupation formulée par l'équipe, ses membres ont aussi été tenus informés de son évolution et ont eu l'opportunité de s'exprimer concernant tout aspect s'y rapportant. La personne-clé et l'équipe des infirmières ont enfin été impliquées dans le processus de l'analyse et de la modélisation.

4.3 Milieu de Recherche

Le projet a été réalisé dans un établissement de première ligne du réseau montréalais qui détient un statut de centre affilié à l'Université (CAU) de Montréal. Le territoire de cet établissement abrite plusieurs quartiers défavorisés. La grande majorité des habitants sont francophones et leur situation socio-économique de même que leurs

conditions de vie sont précaires, ce qui se répercute dans la clientèle rencontrée par l'équipe des infirmières œuvrant en IVG. Sur ce territoire, il y a 104 IVG par 100 naissances vivantes, ce qui signifie qu'une grossesse sur deux n'est pas menée à terme (alors que pour l'ensemble de Montréal, ce taux est de 53.3 (Direction de la Santé Publique, 2003)). Depuis 1982, des services d'IVG sont disponibles à cet établissement. On y pratique maintenant exclusivement des IVG chirurgicales, entre cinq et 22 semaines de gestation, mais l'accompagnement dans les démarches d'IVG pour des grossesses plus avancées relève aussi de ces mêmes intervenants. Les IVG de 2^{ème} trimestre comptent pour le tiers des IVG effectuées à cet établissement⁸.

L'équipe des infirmières en IVG est composée d'une dizaine d'infirmières. Étant les premières intervenantes à rencontrer les femmes, elles exercent un rôle de soutien, d'écoute et d'information face aux grossesses non planifiées et aux différentes options qui s'ensuivent. Aussi, elles héritent des responsabilités propres à l'enseignement sur la contraception, détiennent un savoir-faire de techniques spécifiques (par exemple, le calcul du diamètre bipariétal du crâne du fœtus sous échographie servant à préciser l'âge gestationnel) et s'impliquent dans les interventions chirurgicales d'IVG pratiquées par les médecins. Enfin, elles doivent faire montre d'un savoir-être soutenu lors des entrevues pré-IVG et au cours de tout le processus d'accompagnement des femmes, en endossant une attitude de non jugement face aux raisons qui ont motivé ce choix, sans égard au stade de la grossesse ni aux récurrences d'utilisation de ce service.

Lors du counseling pré-IVG, chaque femme bénéficie d'une entrevue individuelle d'une heure avec une infirmière. Au cours de cette rencontre, l'infirmière explore la situation individuelle de la cliente quant à sa décision d'opter pour l'interruption de grossesse et s'assure que le choix est éclairé, qu'elle a réfléchi sur les conséquences et que cette décision représente le meilleur choix selon cette personne, dans les circonstances présentes et à ce moment précis. L'infirmière explique aussi le déroulement de la procédure d'IVG spécifique au stade de la grossesse et procède aux prélèvements sanguins pertinents. À la fin de l'entrevue, le rendez-vous est confirmé

⁸ Communications personnelles. Document de recension des statistiques de l'établissement.

pour la procédure d'IVG. Lorsque requis, l'infirmière oriente parfois la cliente vers la travailleuse sociale du même service. Celle-ci peut ainsi approfondir certaines dimensions afin de l'aider à cheminer dans sa réflexion vers le choix qui lui semble le plus approprié, partant du fait qu'il n'existe pas de situation idéale ni évidente.

4.4 Échantillonnage, Procédures de Recrutement et Gestion des Participantes

A) Échantillonnage

Une stratégie d'échantillonnage intentionnel non-probabiliste de type volontaire a été privilégiée afin d'inviter les infirmières soignantes à participer à la collecte de données. Cette stratégie a été déterminée après consultation du groupe d'infirmières puisqu'il s'agissait d'une petite équipe et que l'on a tenté d'éviter l'exclusion pouvant être perçue par les infirmières qui n'auraient pas été appelées à participer. Le but de cet échantillonnage repose sur l'obtention de «*information-rich cases*», soit des personnes désirant s'exprimer sur le sujet et pouvant fournir de l'information abondante et détaillée afin d'illuminer en profondeur l'objet de la recherche (Patton, 2002). Ceci dit, des critères tels l'expérience de travail (celles qui ont une longue expérience et celles qui en ont moins) et le type de clientèle (jeunesse ou adulte) ont été ciblés dans le but de fournir une certaine hétérogénéité et de donner plus de richesse à la compréhension de cette pratique. Ces critères ont été expliqués aux infirmières préalablement à la sollicitation de leur participation. Il a été considéré que la personne-clé soit vue la première en entretien puisqu'elle fournissait déjà des pistes de réflexion à l'infirmière-investigatrice par son contact étroit, son implication dans le projet et aussi vu sa grande expérience. Puisqu'une richesse des données était recherchée, les infirmières possédant une grande expérience ont été vues au début, en variant le type de clientèle auprès de laquelle elles intervenaient.

Toutes les participantes répondaient aux critères d'inclusion déterminés soit: posséder 1) au moins un an d'expérience à titre d'infirmière dans l'équipe des IVG; 2) de l'expérience en IVG de 2^{ème} trimestre, 3) une habileté à s'exprimer en français et 4) un intérêt pour le sujet de la recherche. Aussi, les propos concernant les IVG

thérapeutiques, soit celles issues d'une décision d'avorter reliée à un diagnostic prénatal, étaient exclus. Nous avons choisi de reconnaître ainsi un clivage entre les interventions reliées à une condition médicale abrupte, et celles portant sur un choix délibéré de femmes aux prises avec une grossesse non-désirée. À noter que les IVG conséquentes à un diagnostic prénatal ne représenteraient qu'un très faible pourcentage des IVG totales de 2^{ème} trimestre (Rosenfield, 1994).

Pour cette étude, un nombre de six infirmières était visé. La richesse des données, la variabilité des caractéristiques des infirmières et la diversité des méthodes de collecte s'avéraient suffisantes pour cette première exploration (Patton, 2002). En recherche qualitative ce n'est pas tant le nombre de sujets qui compte que la quantité des données recueillies (Patton, 2002).

B) Recrutement et Gestion des Participantes

La procédure de recrutement prenait en compte le fait que l'infirmière-investigatrice était déjà connue et introduite dans le milieu, ce qui facilitait l'étape de l'approche des participantes. Pour chaque participante, quatre contacts ont eu lieu. Le premier, d'une durée de 15 à 20 minutes, était consacré aux explications. L'infirmière-investigatrice présentait en détails le projet et ses procédures (but de l'étude, les questions de recherche et les moyens prévus pour y parvenir). Une copie du formulaire de consentement et du guide d'entretien (voir appendices B et C respectivement) était alors remise à la participante dans le but d'une préparation à l'entretien. Un rendez-vous individuel était ensuite fixé avec elle. Ce rendez-vous se situait toujours au moins une semaine plus tard afin de lui laisser une période de réflexion sur les implications de sa participation et sur les précisions qu'elle souhaitaient qui lui soient amenées. Le moment du rendez-vous tenait toujours compte des disponibilités de son horaire de travail, de même que des répercussions de sa libération sur l'équipe des intervenantes. Les infirmières disposaient des coordonnées téléphonique et électronique de l'infirmière-investigatrice dans l'éventualité où elles auraient eu besoin de la contacter durant cette semaine de réflexion. Lors de la deuxième rencontre, qui durait entre 60 et 75 minutes, la signature du formulaire de consentement, le questionnaire

sociodémographique et l'entretien semi-dirigé étaient effectués. Une copie de la transcription verbatim de chaque entrevue était ensuite remise à la participante concernée au moment d'un troisième contact, nécessitant seulement quelques minutes. L'infirmière-investigatrice réitérait alors la possibilité pour la participante d'amener toute modification, par écrit, à la transcription de son entretien, en lui précisant que c'était cette version approuvée ou modifiée qui ferait l'objet des analyses. La participante était ensuite rejointe par téléphone pour un dernier contact, une semaine plus tard, afin de savoir si des modifications étaient souhaitées dans la validation de sa transcription de verbatim. Cependant, aucune modification à la transcription intégrale n'a été formulée par les intervenantes.

4.5 Collecte des Données

Un processus itératif de collecte et d'analyse simultanées a été privilégié dans le cadre de cette recherche (voir appendice D). Il favorisait une construction de la compréhension de la pratique se raffinant au fur et à mesure de la progression de la collecte (Creswell, 1998). Cinq méthodes de collecte des données ont été effectuées.

A) Questionnaire Sociodémographique

Il nous a permis, essentiellement, de recueillir, de façon non-nominale, des données sur les infirmières participantes, dont leur expérience de travail et la clientèle auprès de laquelle elles exercent leur pratique (voir appendice E). Il s'avéra aussi utile dans les analyses pour situer les propos en contexte selon certaines caractéristiques des participantes. Le questionnaire sociodémographique était rempli par la participante préalablement à l'entretien, une fois le formulaire de consentement signé.

B) Entretiens Semi-Dirigés Auprès des Infirmières

Les infirmières participantes ont été rencontrées individuellement dans leur bureau à un moment où elles étaient libérées sur leurs heures de travail. Le but de l'entretien semi-dirigé étant d'offrir à son interlocuteur la possibilité de s'exprimer librement et d'une manière personnelle sur le thème, tout en le motivant pour obtenir des informations qui correspondent aux objectifs de l'entretien (Gauthier, 2003), les

questions proposées en appendice C servaient de guide afin de maintenir le cap sur nos objectifs de recherche. Ces questions se sont toutefois ajustées au fil des analyses et suivant la première discussion de groupe. En effet, la discussion de groupe a permis de cibler plus spécifiquement des sujets à investiguer davantage dans les trois entrevues subséquentes. À titre d'exemple, la notion de distanciation dans la relation entre l'infirmière et la cliente a émergé lors de cette discussion de groupe et une question supplémentaire visant à connaître la façon dont l'infirmière perçoit et établit ses distances dans sa relation avec la cliente lors du counseling a ainsi été ajoutée. Enfin, les entretiens ont tous été enregistrés sur bande audio, avec le consentement de chacune des participantes.

C) Observations et Réflexions

Des notes d'observation ainsi que des réflexions ont été colligées après les entretiens avec chacune des participantes (voir exemple en appendice F), notamment pour relever le langage non-verbal ou signifier des points de repères à explorer dans l'entrevue suivante. Ces éléments ont ensuite été ajoutés aux transcriptions de verbatim et permettaient de mieux contextualiser les propos.

D) Discussions de groupe

Deux discussions de groupe avec l'équipe des infirmières avaient été prévues. Elles visaient à présenter la progression des analyses et la modélisation en cours. Il était considéré de ne pas se limiter seulement aux infirmières participantes mais d'étendre ces discussions à toute l'équipe afin d'en enrichir les retombées. La première discussion a fait suite aux trois premières entrevues analysées et a favorisé l'identification de questionnements supplémentaires dont l'investigation était à poursuivre dans les entrevues subséquentes. Quatre infirmières étaient présentes, dont deux avaient déjà été rencontrées en entretien. Des explications ont été données aux participantes concernant le but et les objectifs de la rencontre. Comme nous ne disposions que d'une heure, il a fallu cibler des sujets peu nombreux et très circonscrits. La personne-clé avait accepté de prendre des notes et l'infirmière-investigatrice animait la rencontre. Les notes ont été bonifiées par cette dernière immédiatement après la levée de la rencontre. Les

infirmières présentes avaient accepté que la séance soit enregistrée sur bande audio, ce qui a grandement facilité la rétention des idées discutées.

Les participantes ont toutefois préféré traiter d'abord des constats dégagés par les analyses des trois premières entrevues plutôt que de partir d'éléments clé ayant été identifiés. Les infirmières présentes ont alors soulevé des points d'échange sur des idées se rapportant aux pratiques aidantes et aux défis rencontrés dans la pratique du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre. À l'issue de cette rencontre, trois points sont ressortis en tant que suggestions à poursuivre une exploration dans les entretiens à venir. Il s'agissait de : 1) la notion de limites en tant que concept multidimensionnel (les limites de temps, les limites de soi, les limites imposées par les clientes ou par l'environnement, et les limites de l'intervention), 2) la notion de distances (établir une distance dans sa relation avec la cliente, la distance nécessaire pour rejoindre la cliente mais suffisante pour ne pas se laisser envahir par les émotions) et 3) l'exploration du concept organisationnel dans la pratique du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre.

La seconde discussion de groupe devait avoir lieu à la fin des analyses de toutes les données et avait pour but le raffinement de la modélisation. En plus de permettre une forme de validation, ces discussions voulaient également promouvoir l'implication des participantes dans le processus d'analyse et de modélisation. Toutefois, dû à des contraintes d'ordre organisationnel, la seconde discussion de groupe ne se réalisera qu'en septembre 2005⁹.

E) Journal de Bord

Le journal de bord fait état de réflexions personnelles et s'est avéré utile pour retracer la progression et la chronologie des étapes et de la méthode du projet de recherche. Il présente également un résumé des rencontres ayant eu lieu concernant l'évolution des démarches, les discussions avec les infirmières, la personne-clé et la directrice de recherche. Un exemple de réflexions du journal de bord est présenté en appendice G. Notons qu'un suivi étroit et une communication transparente étaient

rendus possibles par sa lecture partagée avec la personne-clé et la directrice de recherche.

Bref, la collecte des données s'est concrétisée par trois premières entrevues individuelles, lesquelles ont été analysées au fur et à mesure, de façon itérative. Un bilan de ces trois analyses a servi de balises pour orienter la première discussion de groupe qui les a suivi. Les trois entrevues suivantes ont alors été réalisées, en explorant les ajustements émergeant de la discussion de groupe. Suite aux analyses des derniers entretiens semi-dirigés, une ébauche de modélisation a été effectuée par l'infirmière-investigatrice et discutée en rencontre avec la personne-clé et la directrice de recherche qui ont renchérit les compréhensions et explications à raffiner.

4.6 Préparation et Gestion des Données

Précédant l'analyse, cette étape nous a permis d'ordonner les données recueillies (notes écrites, transcriptions des bandes audio, questionnaires sociodémographiques et observations). Une fois complété, chaque entretien a été retranscrit textuellement mot à mot, par l'infirmière-investigatrice, en prenant soin d'y inclure aussi les notes d'observation. Ces transcriptions verbatim ont été datées, paginées et classées dans une chemise unique par participante où était également joint son questionnaire sociodémographique (le formulaire de consentement était conservé dans une chemise séparée). Un espace était prévu en marge de la transcription pour permettre l'ajout de notes et de mémos suivant la validation avec la participante mais aussi tout au cours de l'analyse. Après la validation de l'entretien auprès de la participante, le texte corrigé était identifié comme celui servant pour l'analyse et était classé dans la chemise respective de chaque participante.

Quant à la discussion de groupe, un seul document a été constitué. Il regroupe la transcription des notes prises par la personne-clé durant la rencontre, bonifiée de celles de l'infirmière-investigatrice suivant la rencontre, ainsi que la transcription de la bande audio. Les cassettes audio (elles n'ont pas été doublées), les chemises contenant les

⁹ Puisque la seconde discussion de groupe aura lieu après le dépôt de ce mémoire, il est suggéré d'ajouter

données de la discussion de groupe, celles des rencontres avec la personne-clé et la directrice de recherche, et celles des entretiens individuels sont conservées dans un classeur placé dans un local fermé à clé de l'Université de Montréal. Par mesure de sécurité, des copies de tous les documents ont été remis à la directrice de recherche qui les a conservé sous clé, organisé de la façon décrite précédemment. Enfin, le journal de bord a été daté, paginé et ordonné chronologiquement selon la séquence des événements relatés. Il est conservé dans une chemise distincte pour faciliter une gestion globale de ses données, ce qui lui confère un accès facile et rapide.

4.7 Analyse des Données

L'analyse implique la réalisation de multiples démarches, la quête d'une interprétation toujours plus raffinée des données recueillies, la représentation de ces dernières et la capacité d'en construire une compréhension s'avérant porteuse de sens pour la pratique (Creswell, 1998). La méthode de Tesch (1990) a été choisie pour la clarté de la description de son processus et sa pertinence en regard des fins poursuivies par notre étude. Ainsi, conformément aux étapes décrites par cette auteure, nous avons procédé comme suit :

A) Immersion dans les Données

Une lecture intégrale de chaque transcription s'est imposée en vue de posséder une vue d'ensemble et de saisir les idées générales pour pouvoir amorcer la rédaction de mémos. Des lectures et relectures multiples ont ensuite été nécessaires afin de s'imprégner des idées véhiculées dans les entretiens. À cette étape, les mémos étaient d'ordre interprétatifs et généraux. Il s'agissait en fait de noter les premières idées dégagées dans les verbatim des participantes et les pistes éventuelles à suivre pour l'analyse.

B) Décontextualisation

Il s'agissait de segmenter le texte en unités de sens, soit de partager les énoncés de la participante pour arriver à isoler chaque segment de texte qui référait à une idée

subséquentement une annexe afin de présenter un compte rendu de cette discussion de groupe.

précise. Un code a alors été attribué à chaque segment de texte (un code = un mot ou une courte expression de deux mots). Chaque code reflétait donc une idée distincte exprimée par la participante. Ainsi, chacun des codes impliquaient plusieurs verbatim sous-jacents. Un lexique alphabétique des codes attribués aux verbatim a ainsi été construit (voir appendice H). Il s'agit d'un tableau en trois colonnes, où la première colonne présente le code, dans la seconde colonne on retrouve la description attribuée au code et enfin, la troisième colonne regroupe tous les verbatim associés à ce code. C'est à partir du regroupement de ces verbatim que la construction du sens a pu être amorcée. En plus de mémos interprétatifs, les mémos descriptifs sont devenus utiles à ce moment (voir exemples en appendices I et J respectivement).

C) Recontextualisation

Il a ensuite fallu regrouper les codes référant à une même idée par la méthode de comparaison constante (Tesch, 1990). De cette façon, nous visions, en comparant la signification des codes, à déterminer à quelle famille de codes similaires ils appartenaient. Nous avons ainsi constitué des catégories, se situant à un niveau conceptuel plus élaboré. Ici, des mémos interprétatifs se rapportant aux idées générées durant le processus de catégorisation ont été produits. Ceux-ci étaient liés à la conceptualisation et à la mise en relation éventuelle des catégories (menant à la création des thèmes). Un tableau des catégories a donc été construit (voir appendice K). Ainsi, pour chaque catégorie, se rattachait une description de la signification, une liste de codes qui y étaient liés et quelques verbatim représentatifs de la catégorie.

C'est aussi à ce moment qu'un réel « bricolage » de codes et verbatim a servi à confronter et valider le tableau des catégories. En effet, tous les codes du lexique, accompagnés de tous les verbatim qu'ils comportaient, ont été découpés puis collés sur des cartons. Ensuite, ils ont tous été regroupés, au sens propre, dans la catégorie à laquelle ils appartenaient afin de rendre visuelle leur correspondance dans cette catégorie et de les comparer entre eux à nouveau. Cette étape a eu pour effet d'aider substantiellement l'infirmière-investigatrice à organiser les analyses autour des catégories émergentes, dans l'optique d'en arriver à une éventuelle modélisation. Un

retour à la littérature s'est avéré utile afin de rattacher des idées développées dans l'analyse à des concepts existants dans les écrits. Aussi, ces concepts puisés de la littérature ont favorisé l'évolution du regroupement de la mise en relation des codes et des catégories, et la formulation des thèmes.

Au niveau conceptuel suivant, se trouvait le développement de thèmes par la création de méta-catégories. Ces dernières consistent en des catégories plus larges constituées d'un regroupement de catégories ayant la même idée générale en commun. Elles ont aussi été comparées entre elles afin d'établir des relations. Les mémos interprétatifs se sont alors poursuivis avec la mise en relation des catégories lors de la génération des thèmes. Ceux-ci ont été inspirés du modèle systémique de Le Moigne (1990). Un travail de synthèse, d'analyse et de construction de sens a alors été effectué. Ainsi, de 169 codes nous sommes passés à 45 sous-catégories et huit catégories. Ces dernières ont été résumées en cinq thèmes construisant la modélisation.

D) Modélisation

La mise en relation des thèmes afin de concevoir les caractéristiques essentielles de la pratique du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre a mené à la modélisation. Tel que détaillé dans le chapitre 2, la modélisation créée s'est donc inspirée du modèle systémique de Le Moigne (1990). Le modèle s'avère élaboré à partir des analyses des entrevues individuelles, tenant compte de la discussion de groupe et des échanges avec les infirmières et de ceux entre la directrice de recherche, l'infirmière-investigatrice et la personne-clé. Ce résultat émerge ainsi de l'expérience construite des acteurs et constitue de ce fait, une des explications de la réalité, telle que perçue par ceux-ci et dans le contexte qui leur est propre. Ils ont été validés et retravaillés avec la personne clé du milieu afin de s'assurer que la signification émergente et les termes employés offraient une concordance avec la perception des acteurs et de leur réalité.

4.8 Critères de Qualité

Partant du fait qu'il n'y a pas de consensus spécifique en recherche qualitative concernant les critères de validité scientifique et puisque ce type de recherche exige

souplesse et flexibilité, Whittemore, Chase et Mandle (2001) proposent qu'il en soit de même pour les critères sur lesquels reposent sa validité. Nous avons convenu de suivre ici les traces de Guba et Lincoln (1985) car leur philosophie s'inscrit dans un paradigme constructiviste, donc en congruence avec la présente recherche.

A) Crédibilité

Ce critère permet de démontrer que les résultats reflètent adéquatement l'expérience des participants. Essentiellement, la crédibilité a été assurée par les rétroactions des infirmières lors de la discussion de groupe, ainsi que par des échanges avec le groupe d'infirmières. Par ailleurs, elle a été renforcée par une mise en relation avec la littérature, par l'étroite participation de la personne-clé aux analyses et discussions, et par les réflexions faites avec la directrice de recherche. Aussi, la crédibilité est soutenue par les observations répétées (grâce à la présence fréquente au sein de l'équipe), l'engagement prolongé (sur près de 2 ans), le stage d'intégration et le journal de bord partagé. Elle pourra enfin être vérifiée lors de la rencontre portant sur le partage des savoirs, lors de laquelle seront présentés les résultats.

B) Transférabilité

Elle réfère à la possibilité que les usagers de la recherche puissent transférer les résultats dans des contextes similaires. Par les explications détaillées et précises du déroulement de tout le processus de recherche, et par la description de son milieu et de son contexte, les lecteurs seront à même de juger de la transférabilité des résultats. Les conditions et circonstances sous lesquelles la modélisation de cette pratique peut être transférée est abordée dans le chapitre de discussion.

C) Fiabilité (ou imputabilité procédurale)

Ce critère vise à rendre des comptes sur le processus de recherche qui a été appliqué. Via la vérification effectuée par une autre chercheure (en l'occurrence la directrice de recherche), on dispose d'un moyen de s'assurer que les procédures en usage ont bien été suivies. La fiabilité peut alors être démontrée en retraçant les notes de terrain et la construction des mémos méthodologiques. La tenue d'un journal de bord

réflexif a aussi été appliquée. Ce journal renferme des informations, rédigées sur une base régulière, référant autant à la réflexion introspective qu'aux éléments de la méthode. Il trace l'évolution temporelle et circonstancielle des événements composant cette étude et servira de base à la rédaction d'un compte-rendu pour l'équipe.

D) Validation

On renvoie ici aux données de la recherche et à la transparence quant aux données et aux sources. Celles-ci demeurent disponibles pour consultation par la personne-clé et la directrice de recherche. Ces personnes peuvent alors attester que les résultats obtenus concordent avec les données recueillies. Les validations par les infirmières rencontrées de la transcription de leur entretien ont aussi contribué à l'atteinte de ce critère.

4.9 Critères d'Authenticité

Puisque l'approche visée par cette recherche veut non seulement représenter le discours des infirmières dans une modélisation, mais aussi promouvoir des réflexions par rapport à leur pratique de counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre, des critères d'authenticité ont aussi été retenus. Deux critères ont principalement été jugés pertinents dans le cadre de cette étude. Exposés par Guba et Lincoln (1985), ils consistent en le critère d'intégrité et le critère d'authenticité ontologique.

A) Critère d'Intégrité

Il réfère au degré selon lequel les contributions des personnes touchées par la pratique à l'étude sont sollicitées et mise en valeur de manière équitable. Dans cette recherche, puisque toutes les infirmières n'ont pas été rencontrées en entrevues individuelles, elles ont néanmoins toutes été sollicitées pour participer à la discussion de groupe. De plus, elles ont aussi été toutes tenues informées du processus, du déroulement de la recherche et ont eu l'occasion de se faire entendre lors des rencontres informelles hebdomadaires.

B) Critère d'Authenticité Ontologique

Il correspond au degré selon lequel les idées et représentations des participantes ont mûri et évolué au cours de ce projet, ce qui leur permet peut-être de comprendre leur réalité de manière plus nuancée et d'aborder leur pratique autrement. Ce critère peut être vérifié par les *feedbacks* reçus par les participantes durant la discussion de groupe, les rencontres informelles et par les commentaires de la personne-clé. Il sera documenté dans le rapport de recherche sommaire qui sera remis à l'équipe.

4.10 Considérations Éthiques

Dans un premier temps, le projet de recherche a fait l'objet d'un examen attentif par un comité scientifique de l'Université de Montréal qui a transmis ses recommandations et approuvé le projet. Il a également été soumis au comité d'éthique du CAU concerné. Les recommandations émises par les membres de ces deux comités ont été rigoureusement suivies et des ajustements ont été apportés en conséquence.

Avant de signer un consentement libre et éclairé (appendice B), les participantes se sont vues formellement réexpliquer le but, la démarche et les finalités de la recherche. Ces dernières informations sont également consignées par écrit dans le formulaire de consentement. Les participantes avaient été avisées que la transcription de leur bande audio leur serait remise et qu'elles auraient toute liberté de corriger, soustraire, ajouter ou nuancer des propos à posteriori. Celles consentant à participer formellement à l'étude ont été avisées de la possibilité de s'en retirer à tout moment, sans aucun préjudice ni raison à fournir. Aussi, un consentement verbal et écrit a été obtenu de chacune des participantes pour l'enregistrement sur bande magnétique audio de leur entrevue. Les enregistrements sont gardés sous clé en lieu protégé, puis seront détruits une fois que le délai de conservation légal de cinq ans sera expiré. Les documents écrits (transcriptions, questionnaires sociodémographiques, notes d'observation) seront détruits à l'aide d'une déchiqueteuse et les cassettes audio seront démagnétisées.

Chaque participante s'est vue attribuer un code dont la correspondance au nom réel n'est connue que de l'infirmière-investigatrice. Immédiatement avant l'entretien, la

cassette audio avait été identifiée par ce code respectif, dans le but d'éviter l'utilisation des caractères nominatifs des participantes. Le questionnaire sociodémographique, la transcription des entretiens et les notes d'observation ont aussi été catégorisés selon le code attribué à la participante en question.

La préservation de la confidentialité des propos leur a été assurée. Lors de la rencontre de groupe, les discussions portaient sur la synthèse des analyses et non sur les propos des individus. Toutefois, puisqu'il s'agit d'un groupe de participantes relativement restreint dans une petite équipe, nous ne pouvions prétendre à l'anonymat des participantes mais, à tout le moins, nous avons maintenu l'anonymat des données. Vu ses mandats très spécifiques, en aucun temps le nom de l'établissement ne sera divulgué dans les rapports écrits ni dans le mémoire.

Enfin, puisqu'il s'agit d'un sujet impliquant une importante dimension affective et ayant le potentiel de susciter différentes réactions, un mécanisme de référence au soutien psychologique a été prévu au besoin pour les participantes. Le numéro de téléphone du programme de soutien aux employés a été intégré dans le formulaire de consentement et une copie de ces coordonnées étaient remise aux infirmières. D'autre part, la possibilité de soulever des questionnements face à la pratique de ces infirmières ou encore de créer des attentes au niveau de l'organisation du travail a également été prise en compte dans la façon d'aborder et de présenter la recherche et ses résultats. De cette façon, nous visons à limiter les inconvénients potentiels pour chacune des participantes tout en optimisant les retombées positives pour leur réflexion sur leur pratique.

Chapitre 5

Résultats

Dans cette section, nous exposerons les résultats obtenus à partir des données recueillies et des analyses effectuées. Tel que signalé au chapitre 2, le modèle final est organisé selon les catégories du modèle systémique de Le Moigne (1990). Nous présenterons d'abord la composition de l'échantillon d'infirmières rencontrées. Ensuite, nous exposerons les grands thèmes constituant les résultats. La description des thèmes sera alors détaillée puis nuancée, à la fin de chacune des sections, en fonction des caractéristiques sociodémographiques des participantes, lorsque cela s'avère significatif. Le modèle sera alors présenté dans son ensemble et nous verrons en quoi son utilité consiste. Finalement, une dernière section exposera une situation type de counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre, avec ce qu'elle comporte couramment comme défis, afin de mieux saisir l'utilité de ce modèle.

5.1 Description de l'Échantillon

Six infirmières ont participé aux entretiens individuels semi-dirigés. Les caractéristiques sociodémographiques recueillies sont présentées dans le tableau 1 :

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Participante	Nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière			Nombre d'années d'expérience aux IVG ¹⁰		Âge			Clientèle	
	< 5 ans	5-10 ans	> 10 ans	< 3 ans	> 3 ans	20-40	41- 49	50 et +	adulte	Jeunesse
A			✓		✓		✓		✓	
B			✓		✓			✓	✓	
C			✓		✓			✓		✓
D			✓		✓			✓		✓
E		✓		✓		✓			✓	
F		✓		✓		✓			✓	

L'équipe des infirmières aux IVG est constituée uniquement de femmes. Les infirmières rencontrées possèdent une expérience non négligeable à titre d'infirmières. Elles ont toutes plus de cinq ans d'expérience, et pour la plupart, une expérience de plus

¹⁰ Cette section a été modifiée comparativement au questionnaire sociodémographique. Le discours des infirmières suggère que les différences relatives à l'expérience et notées dans la pratique sont davantage marquées pour les trois premières années. Nous avons donc tenté de faire ressortir ce constat.

de 10 ans en tant qu'infirmières. La majorité possède une expérience supérieure à trois ans dans la pratique des IVG et jusqu'à 20 ans d'expérience aux IVG pour deux d'entre elles. Ainsi, les infirmières concernées se situent donc dans une tranche d'âge d'expérience pour la profession. La clientèle auprès de laquelle elles exercent leurs activités de counseling pré-IVG est principalement adulte, quoique deux infirmières oeuvrent plus particulièrement auprès d'adolescentes. À la question visant à connaître les expériences antérieures de counseling des infirmières, seulement deux d'entre elles ont répondu avoir déjà exercé des activités de counseling auparavant. Les secteurs concernés étaient des visites post-natales et des rencontres dans le cadre d'une clinique des jeunes. Les infirmières non participantes présentent comparativement les mêmes caractéristiques que celles décrites précédemment. Il s'agit de quatre infirmières possédant une expérience de plusieurs années dans cette pratique. Ces infirmières non participantes ont néanmoins assistés aux rencontres de groupes visant à informer l'équipe de l'évolution du projet et deux d'entre elles ont participé à la première discussion de groupe.

5.2 Modélisation de la Pratique du Counseling Pré-IVG de Deuxième Trimestre

L'organisation des résultats en modèle facilite la compréhension du sens construit à travers l'analyse. Il illustre en peu de mots les différents éléments en interaction à considérer dans une modélisation systémique et constructiviste de la pratique (Le Moigne, 1990), de même que la relation qui les unit. Cinq thèmes ressortent de l'analyse : a) la dialectique ouverture-distanciation caractérisant la structure de la relation de la dyade cliente-infirmière; b) la connexion « haute vitesse » entre les actrices dans les activités de counseling; c) l'*empowerment* et la régulation dans les finalités de la pratique du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre; d) l'environnement qui offre un soutien protecteur pour les infirmières; et e) le processus d'ajustement continu traduisant l'évolution de la pratique par l'acquisition de l'expérience.

A) La Dialectique Ouverture-Distanciation (structure de la relation de la dyade cliente-infirmière)

La pratique du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre prend forme à travers le rapport dans la dyade cliente-infirmière, structuré dans une dialectique ouverture-distanciation. La dialectique fait référence à la coexistence de ces deux positions quasi opposées. Par ouverture, on entend essentiellement l'attitude de réceptivité de l'infirmière. La distanciation est le mode par lequel l'infirmière prend le recul nécessaire pour mieux réfléchir la situation et orienter une intervention aidante. Ainsi, la relation vécue dans cette dyade vise une ouverture des actrices, principalement de la part de l'infirmière : *« T'as rien à dire la plupart du temps. T'as pas besoin de rien faire de plus que ça, d'accueillir, d'être présente »*. L'ouverture est de deux types pour l'infirmière : il y a l'ouverture face à la cliente et l'ouverture sur soi (cette dernière sera détaillée plus bas).

L'ouverture sur la cliente est à la base des interactions initiées : *« J'ai toujours pris les filles où elles sont, avec ce qu'elles sont, ce qu'elles ont à dire. J'y vais selon elles », « Pour moi, ce qui est important, c'est la fille que j'ai devant moi »*. Les actrices sont alors en interaction dans laquelle des échanges prennent place et créent un espace unique dans lequel s'insérera l'intervention : *« C'est d'avoir une attitude d'écoute et d'essayer de comprendre ce qui se passe »*. S'ouvrir à la cliente représente parfois un défi lorsque cette dernière manifeste de la colère ou de l'agressivité pouvant potentiellement se transférer à l'infirmière : *« T'as une femme qui rentre dans ton bureau et tu ressens tout de suite son agressivité. Moi, je trouve que des fois, je me sens agressive aussi[...]. C'est difficile ces cas là, d'être consciente de la colère ou de l'impuissance qu'on ressent, mais de passer par dessus, pour tenter de la rejoindre, de l'aider »*. En d'autres moments, le défi sera l'établissement même d'une relation lorsque l'ouverture semble difficile du point de vue de la cliente : *« Y'en a qui te regardent même pas, elles regardent à terre tout le long »*. Ainsi, l'ouverture sera un pré-requis au rapprochement des actrices de la dyade et à l'établissement de la relation : *« En général je suis assez ouverte dans mon style de pensée. Je me dis, la fille elle vient pour telles raisons, pis c'est correct »*. Cette attitude d'ouverture se résume alors à être présente et

disponible pour elles, à les accueillir telles qu'elles sont, et à éclairer et respecter leur choix: « *C'est bien, à ce moment là si elles sentent la possibilité de ventiler ça veut dire qu'elles se sentent à l'aise d'en parler. Donc pour moi, c'est un succès, [...] c'est parce qu'elles sentent qu'il y a une ouverture* ».

C'est aussi dans ce rapport d'ouverture que s'introduit la référence récurrente à la distance. Il est question de distance pour situer la position de l'infirmière face à sa perception de la situation de la patiente. La « distance aidante », c'est celle qui permet d'être assez près de la cliente pour être sensible à ses besoins et sa situation, tout en respectant une distance permettant de demeurer aidante : « *La juste distance entre l'empathie et la sympathie, c'est pas toujours évident de trouver notre place là dedans. On n'est pas des robots, on a des émotions et c'est normal. Certaines clientes et certaines situations me touchent davantage* ». L'infirmière doit ainsi parvenir à prendre un certain recul afin de ne pas se laisser envahir ni s'approprier les émotions de la cliente : « *Elle est en colère. C'est sa colère à elle. Elle a de la peine. Je l'accompagne là-dedans, mais c'est sa peine à elle [...]. Mettons qu'il y en a une devant moi qui ressemble à ma fille, je te dis pas que ce soir là, c'est 105% que je réussis* ». C'est donc une distanciation permettant le dégagement de soi, dans ce que l'autre nous invite à vivre, tout en étant près des besoins et des émotions de la cliente : « *Faut pas se mettre à place de la patiente. Faut PAS¹¹ tomber dans ce panneau là. Parce que si tu tombes dans ce panneau là, c'est pas correct. T'es pas aidante* ». Des stratégies telles que la reformulation et le reflet faciliteront la distanciation de soi par rapport à l'autre afin de demeurer centrée sur la cliente.

Il en va donc d'une dyade infirmière-cliente dans laquelle une dialectique ouverture-distanciation spécifie la nature du rapport des actrices. D'une part, on retrouve l'ouverture de l'infirmière facilitant l'établissement de la relation entre les actrices, et d'autre part, la distanciation permettant le recul de l'infirmière pour mieux se dégager des situations qui l'interpellent personnellement. Enfin, on pourrait presque parler d'une « danse » au sein de la dyade afin d'illustrer le mouvement continu entre

¹¹ L'emploi des majuscules désigne une insistance apportée par la participante sur le mot.

l'ouverture et la distanciation. Plus particulièrement, la capacité de l'infirmière à se distancier est vouée à se parfaire au moyen de l'expérience : *« Je pense qu'à mon âge, et en fin de carrière comme je suis, c'est plus facile de prendre une distance par rapport aux émotions. [...] Je me laisse peut-être moins atteindre, moins envahir. Je peux garder, la plupart du temps, une distance suffisante pour me protéger ».*

Examinons maintenant plus particulièrement chacune des deux actrices afin de mieux comprendre la structure de ce rapport ouverture-distanciation.

La cliente. Définie comme étant la femme que l'on a devant soi ici et maintenant, elle est l'actrice sur laquelle est focalisé le counseling. Le rapport de l'infirmière à la cliente sera fonction des caractéristiques particulières de celle-ci. La clientèle se présentant pour une demande d'IVG de 2^{ème} trimestre est parfois marquée de multiples problématiques telles que: troubles de santé mentale, isolement, passé lourd et toxicomanie. Lorsque présentes, ces problématiques deviennent des défis supplémentaires à l'ouverture de l'infirmière : *« On a des clientes qui ont été en familles d'accueil pendant des années, qui n'ont pas eu l'affection qu'elles auraient dû avoir, l'éducation. Elles n'ont pas été bien encadrées [...]. On pourrait juger, dire que ça a pas d'allure, comment ça se fait que ça fait quatre fois qu'elle vient nous voir, pourtant on l'a bien informée? Mais, il faut comprendre qu'elle a un passé à elle, elle a été éduquée de telle façon, [...] on lui a jamais donné les outils pour sortir d'un pétrin ».* Ceci dit, parmi les caractéristiques les plus dominantes de la clientèle, se trouvent l'ambivalence et l'état de crise situationnelle.

L'ambivalence représente un défi important, dans le cas des IVG de 2^{ème} trimestre, pour l'ensemble des infirmières : *« Ce que je trouve le plus difficile, c'est les clientes ambivalentes ».* Or, elle est souvent décelable à divers degrés d'intensité: *« Les ambivalentes, on va en avoir assez régulièrement, des petites ambivalentes où, finalement, tu sens en décortiquant que c'est plus qu'elles se sentent coupables [...] et tu vas avoir des VRAIES ambivalentes. Moi ce que j'appelle les GROSSES ambivalentes, qui vont reporter leur rendez-vous de semaine en semaine pendant six*

semaines de file. Ça, je trouve ça très difficile ». Indépendamment de l'intensité, l'ambivalence s'exprime sous deux formes : la peur ou l'incertitude. L'infirmière mettra donc son expertise à l'œuvre pour explorer l'ambivalence afin de distinguer de quel type il s'agit, et de pouvoir ainsi apporter une aide adaptée¹².

L'ambivalence causée par l'incertitude est relative aux questionnements ayant trait à la décision d'avorter ou de poursuivre la grossesse. Le choix, loin d'être évident à ce stade avancé de grossesse, sera souvent arrêté, après mûre réflexion des enjeux, sur celui perçu comme étant le moindre mal : « *Dans le choix de l'avortement, surtout les clientes ambivalentes comme ça, c'est comme si tu mets les choix dans une balance. Y'a un meilleur choix, mais y'en a pas de bon choix. Ça va être le moins pire choix* ». C'est alors l'incertitude du chemin à choisir pour la cliente et l'incertitude de ce que sera son avenir avec ce choix qui créent l'ambivalence. Et celle-ci peut aussi camoufler une forme de culpabilité : « *Les clientes qui se présentent ici pour une demande d'avortement, dans la grande majorité des cas, se sentent très coupables* ».

D'autre part, on retrouve l'ambivalence causée par la peur de l'inconnu: peur de la procédure, peur de la souffrance durant l'intervention d'IVG, peur que le fœtus ressente de la douleur lors de l'intervention. Elle se reflète notamment par toutes les préoccupations des clientes à l'égard du fœtus : « *Ça va plus arriver souvent dans les counseling de 2^{ème} trimestre, elles vont avoir des questions plus précises sur comment il va l'enlever; il va-tu être d'un morceau le fœtus?* ». Ces préoccupations peuvent aussi se rapporter à l'inquiétude face à douleur : « *C'est surtout la sensation de la douleur qui revient toujours. Est-ce qu'il va sentir?* ». Elles sont parfois, enfin, dirigées à l'égard de la grosseur du fœtus : « *Y'en a beaucoup qui se questionnent sur la grosseur : ça a l'air de quoi?; est-ce que c'est gros? Est-ce que c'est un bébé qui est formé?* ». Dans la dialectique ouverture-distanciation, l'infirmière cherchera ainsi à être suffisamment près de la cliente pour demeurer sensible à cette ambivalence: « *Ce que je trouve difficile,*

¹² La travailleuse sociale, considérée comme une ressource appréciable, entrera en jeu par la suite pour assurer une continuité et un approfondissement de l'intervention sur l'exploration de l'ambivalence lorsque requis.

c'est est-ce qu'elle se dit ambivalente parce que ça va lui éviter un avortement? Parce qu'elle a trop peur? Ou est-ce qu'elle se dit ambivalente parce qu'elle veut un bébé? ». « Le défi c'est de distinguer entre ambivalence et peur ».

La cliente se trouve par ailleurs en état de crise situationnelle qui, une fois de plus, se présentera sous des degrés d'intensité variables. Confrontées à une demande d'IVG de second trimestre, les femmes sont alors en rupture avec un équilibre antérieur, déstabilisées par cet événement qu'elles doivent envisager : *« Elles arrivent toutes en disant qu'elles sont contre l'avortement, ou qu'elles étaient contre l'avortement. Elles étaient contre, jusqu'au jour où ça leur arrive. Là, elles doivent réfléchir »*. Pour certaines d'entre elles, ce sera un rêve brisé, un avenir perdu, une erreur impardonnable : *« C'est vraiment une question de personnalité. [...] Y'en a qui tolèrent même pas de venir nous voir ici. C'est la fin du monde, c'est l'échec de leur vie. »*. Pour d'autres, l'IVG ne représentera qu'un incident de parcours auquel elles remédient. Chose certaine, une IVG de second trimestre n'est pas une banalité. Elle interpelle une gamme d'émotions chez la cliente; émotions que doit alors gérer l'intervenante dans sa relation avec cette dernière. Dans la dyade, la distanciation sera souvent adoptée par l'intervenante très touchée par les émotions de la cliente. L'intervention s'inscrira dans la dialectique ouverture-distanciation, en visant à donner un sens à cet événement : *« Quand il y a des gens qui se justifient et qui se culpabilisent, je dis : écoute, on n'est pas des robots, on est des êtres humains avant tout. Et les êtres humains, ça se plante. C'est normal. J'essaie beaucoup de dédramatiser quand je sens qu'il y a beaucoup de souffrance en face de moi »*.

En somme, ce que vit la cliente rencontrée lors du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre a une incidence directe sur la relation entre les actrices de la dyade, donc sur leur rapport ouverture-distanciation. Sa situation, ses besoins, ses valeurs et la signification que revêt l'IVG pour elle permettront à l'infirmière une prise de position dans la dialectique, puis une intervention adaptée. L'ambivalence est souvent présente, causée par l'incertitude face au choix ou par la peur de l'inconnu. En situation de crise, les clientes seront sujettes à une gamme d'émotions vécues, liées à la signification de

l'événement pour elles. L'infirmière interagissant auprès de ces clientes aura alors à composer dans ce contexte avec l'ouverture sur les besoins de la cliente et la distanciation interpellée par ses difficultés et ses émotions : « *Les enjeux, c'est d'adapter l'aide selon les besoins exprimés* ».

L'infirmière. Dans la dialectique ouverture-distanciation, l'infirmière porte un regard sur soi pour prendre conscience de ce qu'elle vit face à la cliente et adopte ainsi une ouverture face à elle-même. Par un regard porté sur soi, elle se centre sur elle-même en tant que personne humaine, avec ses limites et dotée d'émotions enracinées dans des valeurs qui sont le reflet de l'éducation reçue, la culture et l'expérience de vie : « *C'est deux cultures qui se rencontrent* ». Pour être intègre dans ses interventions, doit agir en conformité avec ce qu'elle est : « *Quand je vois une nouvelle infirmière, toujours, je la fais réfléchir en premier à ses valeurs. Parce que c'est toi avant. Tout le monde n'est pas fait pour travailler là-dedans. Et ça j'y crois profondément* ». Tout particulièrement en ce qui a trait aux IVG de 2^{ème} trimestre, les infirmières sont parfois très questionnées en regard d'elles-mêmes et de leurs valeurs, d'où des défis potentiels de l'ouverture sur l'autre et l'implication d'un besoin de distanciation face à cette dernière. Notamment, elles réfléchissent à la façon dont elles se sentent interpellées face à l'interruption de vies à répétition : « *Le plus difficile dans la pratique concernant le counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre, c'est d'être exposée de façon répétitive et continue au fait de mettre un terme à une vie. Cela m'interpelle en tant que personne. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne le deuxième trimestre, c'est plus difficile encore* ». Également, des défis concernent la signification qu'elles attribuent au fœtus : « *Plus la grossesse avance, plus le fœtus ressemble à un bébé, plus c'est difficile pour moi* ». Ces défis réfèrent aussi à la manière dont elles se sont touchées en regard des raisons d'IVG tardives confrontant leur système de valeurs : « *J'admets pas (d'avorter pour le sexe du fœtus). C'est sûr que c'est en réaction à un bilan personnel, ça je le sais, je suis capable de mettre des mots là-dessus. Je fais mon travail correctement, mais mon empathie, elle est moins systématique* ». Ce regard sur soi amène alors l'infirmière à émettre intérieurement des jugements lors du processus de distanciation. Or, juger est instinctif : « *Quand on me dit : toi est-ce que tu juges? Bien oui, forcément, je juge. Si tu arrives*

comme ça, et que t'en as rien à faire, je m'excuse, mais moi ça vient me chercher. Donc je vais pas juger en face d'elle, c'est sûr. Je vais pas lui reprocher quoi que ce soit. Mais à l'intérieur de moi, c'est certain que je juge, on peut pas être impartial devant ça. C'est pas possible », « T'as la feuille pis y'a le nombre d'avortements que les patientes ont subi, pis tu dis : wohh! Gravida 7, aborta 6! Moi j'ai tendance à dire : celle-là, faudrait qu'elle fasse attention ! ». C'est donc en bilan de ces réactions personnelles que la distanciation s'installe, dans l'optique de demeurer ouverte et aidante pour la cliente.

L'ouverture sur soi résulte en une prise de conscience de son influence potentielle dans l'intervention : *« Forcément, ma personnalité entre en compte, parce que je sais que quelqu'un qui va arriver un peu volage, ça va m'agacer moi, ça va me demander de me réajuster parce que, avant tout, je suis professionnelle, je suis là pour l'accompagner »*. L'infirmière réalise que ses dimensions personnelles sont interpellées : *« Quand j'ai de la difficulté avec la décision, je pense qu'il faut en être consciente, ça arrive, je me dis, moi je trouve ça injustifié. Moi, je n'aurais pas accepté un avortement pour une raison comme celle-là. Faut que j'en sois consciente de ça, mais en même temps, c'est pas ma décision à moi »*. Ainsi, elle ne peut faire abstraction de sa personne en tant qu'instrument de travail : *« C'est sûr que t'as ton propre système de valeurs qui est mis à l'épreuve de toutes façons »*. Il en va donc d'une opportunité de croissance personnelle, résultant des efforts dirigés à comprendre et analyser les défis posés pour soi : *« Quand je suis fatiguée, quand je sens que je suis au bout, [...], je suis mieux d'éviter ces situations là. Parce que c'est là que je deviens moins aidante. Je pense que chaque intervenante doit connaître ses limites. C'est ce que j'ai appris sur moi-même »*. Non seulement est-elle inévitable, mais cette prise de conscience est en fait souhaitable puisqu'elle permet une présence et une ouverture authentiques. C'est ainsi que, par une meilleure compréhension de l'implication de ses dimensions personnelles dans son intervention, de même que par la reconnaissance que l'intervenante est son propre instrument de pratique, le concept d'ouverture sur l'autre devient porteur de sens : *« J'avais pas nécessairement été adéquate, tout le temps avec cette patiente là, dans*

mon intervention. Ça peut arriver, on est humaines. Donc, c'est d'apprendre de ses erreurs et de plus reproduire les mêmes erreurs par la suite, idéalement ».

En résumé, l'infirmière s'inscrit personnellement dans cette dialectique ouverture-distanciation à travers un regard posé sur elle-même et ce qu'elle vit. La conscience de soi en tant qu'instrument de son travail qui interpelle ses valeurs, amène parfois des défis. Forte de cette prise de conscience, l'infirmière parviendra à s'ouvrir sur la cliente afin de se centrer sur cette dernière et de l'aider, tout en tenant compte d'elle-même. La façon dont l'infirmière se sent interpellée dans ses valeurs et la distanciation résultante sont modulées par le nombre d'années d'expérience acquise dans ce domaine des IVG. Le discours des infirmières traduit fort bien cette évolution en fonction de l'expérience des participantes : *« Bien sûr qu'on va apprendre. Je peux te dire qu'au début, y'a pas une patiente qui sortait de mon bureau sans que je ne la prenne dans mes bras et que je la serre. J'étais devenue son amie. Et aujourd'hui, j'ai le même contact, mais je me dis : mets-en pas trop! Les distances tu les apprends un peu ».*

B) La Connexion « Haute Vitesse » (l'activité de la pratique du counseling)

La connexion constitue l'ensemble des moyens mis en œuvre pour rejoindre la cliente là où elle se situe, avec son bagage et ses valeurs et ce, pour l'aider de façon personnalisée : *« D'être là et de me centrer sur la patiente. De quoi elle a besoin, elle ».* Compte tenu que la pratique du counseling est circonscrite dans le temps, la connexion à la cliente doit être rapide et efficace, une connexion « haute vitesse », pour en maximiser les retombées : *« Répondre à son besoin à elle, maintenant ».* Les activités de counseling s'articulent alors autour du fil conducteur de la connexion. Ainsi, c'est par cette connexion que les infirmières actualisent le counseling et en arrivent à explorer la situation de la cliente : *« Quand je vois une fille, je suis toujours proche d'elle. Je la regarde dans les yeux. T'es qui toi? Compte moi ta vie. ».* Loin d'être toujours aisée, cette activité comporte des défis relatifs aux besoins en présence ou lorsque la cliente pose elle-même des obstacles à la connexion haute vitesse : *« Une cliente agressive, moi je lui dis : Ça te tente pas d'être ici hein? Je te comprends. Est-ce qu'on essaie de faire du mieux entre toi et moi? Le plus vite que tu pars et le plus vite que moi je peux te*

laisser partir. Et là, tu désamorces ». La connexion est donc aussi liée aux caractéristiques de la clientes et à la relation s'établissant dans la dyade.

Se voulant « haute vitesse », cette connexion est toutefois balisée par le temps, ce qui accentue l'impératif de la rapidité : « *La gestion du temps de l'entrevue, de même que la gestion du temps de l'avortement, quand je te dis on établit un scénario c'est parce qu'on a un temps à gérer* ». C'est ainsi que le cadre temporel dans lequel s'inscrit la connexion à la patiente est pris en compte : « *Faut quand même qu'il y ait un encadrement temporel* ». Une entrevue pré-IVG est limitée dans le temps : « *T'as ta liste pour la journée et c'est un peu traître parce que tu sais pas combien de temps celle-là va prendre et celle-là va prendre. Quand je sais que j'ai du temps, je me délecte à prendre le temps mais il y a des fois où je ne peux pas le faire* ». Or, certaines situations plus complexes demanderaient parfois davantage de temps : « *Après, si elle est en larmes, les émotions c'est quelque chose. Je vais pas la jeter là. C'est sûr que ça va prendre du temps, mais tu prends sur toi* ». C'est alors qu'on parle de connexion haute vitesse devant l'impératif d'entrer en relation à l'intérieur de l'espace-temps dont les infirmières disposent. Par ailleurs, le temps réfère aussi à celui qui entoure la demande d'IVG en termes de délais. Les démarches d'IVG de 2^{ème} trimestre sont circonscrites par des délais : « *On explique pour qu'elles fassent un choix éclairé, aussi, dans le temps qu'il leur reste* ». Au-delà de ces délais, des inconvénients, parfois perçus comme majeurs pour certaines clientes, s'additionnent : « *Je donnais des rendez-vous, et elle ne venait pas. Elle était à la limite, sinon elle allait à Sherbrooke. Et elle ne pouvait pas aller à Sherbrooke. Mais, elle pouvait pas avoir de bébé. Elle pouvait pas aller à New-York non plus, c'était sûr. On avait un échéancier serré, pis elle nous glissait entre les mains parce qu'elle avait trop peur* ». La connexion haute vitesse vise donc à se brancher rapidement aux besoins particuliers de la cliente afin de faciliter la fluidité des démarches limitées par des délais d'intervention.

Bref, la connexion haute vitesse traduit l'essence de l'activité de counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre. Elle tient compte d'un cadre temporel dans lequel s'exerce cette activité. Bien que les données de cette recherche ne nous permettent pas de formuler de

constats à savoir si la capacité de connexion à la cliente est modulée par les caractéristiques sociodémographiques des intervenantes, il est fort à parier que les stratégies pour y parvenir soient ajustées en fonction du nombre d'années d'expérience acquise aux IVG. Par exemple, concernant les préoccupations d'une cliente sur le fœtus, une infirmière résume bien cette perspective : *« Quand la fille me demande : il est grand comment, est-ce qu' il va avoir mal? Je me suis fait des réponses avec les années, des manières où je me sens confortable. Et j'ai cru comprendre que les patientes étaient confortables avec ça »*.

C) Empowerment et Régulation : des Finalités Complémentaires et Paradoxaes Visées par le Counseling Pré-IVG de 2^{ème} Trimestre

Il ressort deux grandes catégories de finalités poursuivies à travers les activités du counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre. La première, dominante, réfère à la finalité d'*empowerment*. Cette dernière se résume à outiller la cliente pour l'aider à agir de façon autonome dans cette expérience de vie. La seconde porte sur une finalité dite de régulation. Elle consiste essentiellement en une sensibilisation visant le mieux être éventuel des femmes. Il s'avère ainsi quelque part paradoxal de considérer la dualité de ces finalités ambitionnant du même coup à conférer une autonomie à la personne et, d'autre part, à tendre vers une sorte de régulation. Examinons alors ce que chacune de ces finalités sous-tend.

La finalité d'*empowerment*. Ce but poursuivi lors du counseling concerne toutes les mesures qui tendent vers l'optimisation de la capacité de choisir et d'agir de la cliente. En regard de la situation particulière des IVG, les composantes de cette finalité s'articulent autour de : la clarté de la décision, le soulagement des femmes, leur protection et, ultimement, leur croissance au moyen de cette expérience d'IVG tardive.

La clarté de la décision demeure une finalité d'*empowerment* exprimée chez toutes les infirmières rencontrées : *« Moi, ce que j'ai besoin de savoir, c'est que ta décision, tu y as bien réfléchi, et que c'est clair pour toi »*. Accéder à la clarté de la décision devient presque une mission que se donnent les infirmières. *« Je lui demande si sa décision est*

claire. Mais quand je vois, avec les questions, qu'il y a certaines choses qui semblent accrocher, qu'elle semble avoir de la peine, alors je vérifie encore : est-ce que ta décision est vraiment claire? Je vais vérifier avec elle. Des fois je vais répéter la question deux ou trois fois au cours de l'entrevue ». Cependant, cette finalité peut devenir un défi pour l'intervenante. L'ambivalence ayant souvent mené à retarder la prise de décision peut confondre une multitude d'émotions venant ombrager la clarté de la décision : « C'est plus quand je sens que le choix est pas clair que je trouve ça plus difficile comme intervenante », « Ces clientes là ambivalentes, c'est comme si elles ne veulent pas prendre la décision. Elles voudraient qu'on la prenne pour elles. Ou c'est le temps qui la prend pour elles. Et moi, je ne veux surtout pas être responsable de ça. ». L'expérience acquise par les infirmières aide alors dans la gestion de ce défi. Les infirmières possédant davantage d'expérience démontrent plus d'aisance à « décortiquer » les éléments qui rendent parfois plus confuse la prise de décision par la cliente.

En ce qui a trait à la dimension de soulagement, c'est l'objectif de diminuer les tensions et de normaliser les émotions qui est recherché : « Dans le fond, leur décision est claire mais elles ont de la peine, ça les rend tristes. Et on reconnaît cette peine là, on la normalise ». Les femmes dans une situation d'IVG de second trimestre manifestent davantage de sentiments de culpabilité et de peine. Les intervenantes cherchent alors à apaiser les femmes de ces tourments, à amoindrir leurs peurs, leur culpabilité et leur stress, et à leur faire sentir qu'elles les comprennent : « Je suis satisfaite quand la fille sort du bureau et que je sens qu'elle est bien, que je l'ai rassurée [...], quand elle s'en va et je sens qu'elle est à l'aise, qu'elle montre un certain apaisement, qu'on a parlé de ses peurs, qu'elle a soufflé, qu'elle est rassurée, que ça a renforcé son choix d'être venue ici ». Les infirmières essaient toujours de soulager les clientes, c'est ce qui constitue d'ailleurs une de leurs motivations premières : « Ce qui me motive, c'est de les aider, les rassurer, qu'elles se sentent pas jugées ». La finalité de soulagement est présente dans le discours de toutes les infirmières rencontrées mais les pratiques aidantes pour y parvenir s'avèrent optimisées grâce à l'expérience acquise. Par exemple, des moyens permettant d'optimiser l'atteinte de cette finalité sont perçus

dans les propos des infirmières disposant d'une longue expérience « *Si j'ai une fille aujourd'hui dans mon bureau qui part, et que j'ai le sentiment que j'ai pas bien travaillé, je vais m'asseoir et je vais réfléchir à ce que j'aurais pu faire pour aider davantage cette fille là. Pourquoi elle est partie fâchée?* ».

Concernant la dimension de protection de la finalité d'*empowerment*, elle se traduit par toutes les précautions prises pour gérer la confidentialité dans laquelle s'inscrit l'accompagnement de la cliente. Cette dimension est d'autant plus marquée auprès de la clientèle adolescente : « *On se sent tellement pris dans un haut niveau de confidentialité, parce que souvent les parents ne sont pas au courant, donc moi c'est plus à ce niveau là que je vais travailler* ». C'est d'ailleurs dans ces circonstances que le souci de protection de la cliente frôlera le maternage : « *Moi je suis mère, donc je joue un rôle de mère dans cette solitude. Je me situais comme mère et comme intervenante* ». La période de confidentialité se trouve, par ailleurs, prolongée dans le counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre car les infirmières côtoient les clientes sur un intervalle plus étendu relativement aux procédures pour les IVG de premier trimestre : « *Dans le deuxième trimestre, le défi, c'est la longueur dans la confidentialité* ». Au deuxième trimestre, les poses de tiges pour la dilatation cervicale occasionnent des rendez-vous supplémentaires, donc davantage de moments durant lesquels les intervenantes doivent soutenir cette confidentialité. Enfin, l'objectif de protection sera perceptible dans l'utilisation d'un vocabulaire choisi pour divulguer les informations (surtout celles concernant le fœtus, lorsque l'infirmière est appelée à le faire). Le choix des mots est pesé pour limiter des réactions émotives : « *Je choisis mon vocabulaire. Je veux pas non plus les heurter. C'est tout l'art de dire les choses vraies mais sans heurter la sensibilité de la personne. C'est pas évident du tout. En plus de ça, tu sais pas comment elles vont réagir* ».

Finalement, viser la croissance de la cliente s'avère aussi une dimension de la finalité d'*empowerment* pour quelques infirmières. Elle se résume à transformer cette expérience d'IVG tardive, parfois difficile et dramatique, en un événement porteur d'une signification pour la cliente. Elle se concrétise en faisant ressortir les aspects

positifs, propres à la situation de la cliente, à choisir cette option d'IVG, et à les utiliser comme une opportunité de croissance : *« J'essaie de faire en sorte que cette expérience soit vécue le mieux possible. En fait, parfois, ça devient même une expérience positive. C'est pas rare qu'après, les clientes se sentent plus matures; elles ont franchi une étape importante [...] et ça arrive parfois même à leur faire prendre conscience de certaines choses dans leur vie. Elles se sentent plus responsables et elles sentent qu'elles ont un certain contrôle sur leur vie »*. Cette finalité est davantage présente dans le discours des infirmières ayant une vaste expérience de pratique aux IVG.

La finalité de régulation. Même si cette catégorie de finalités est secondaire dans le discours des infirmières, il est indéniable que certaines activités prônent la régulation en rapport avec des valeurs imbriquées dans notre société et pour lesquelles le rôle professionnel des infirmières est interpellé. Essentiellement, elles tentent d'éveiller la sensibilité de la cliente, notamment par de l'enseignement, pour viser un mode de vie plus sain ainsi qu'une modification des comportements afin de prévenir des avortements répétés et de lui faire prendre conscience du sérieux de l'avortement de 2^{ème} trimestre.

La prévention d'IVG répétées a pour intention de faire réaliser à la cliente qu'il existe des moyens, tel que la contraception, afin d'éviter que se reproduise cet événement : *« On veut aussi éviter qu'elles redeviennent enceintes »*. Cette finalité n'est pas évidente puisque le discours sur la contraception est difficile à insérer dans le counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre : *« Un défi, c'est d'être obligé d'aborder la contraception, c'est à dire prévenir les futures grossesses, en même temps que tu parles de l'avortement »*. Les femmes se présentant pour une demande d'IVG de 2^{ème} trimestre sont en fait dépassées, ou à tout le moins très préoccupées, par ce qui leur arrive et montrent une anticipation d'en avoir terminé avec leur grossesse. Parfois aussi, la peur, l'anxiété et le stress de l'intervention à subir sont tels qu'elles ne se trouvent pas dans un état d'esprit favorable à l'intégration et à la rétention des informations : *« C'est plate un peu parce qu'elles sont stressées par l'avortement, et tu dois leur parler de quelque chose qui ne les intéresse pas du tout. Ça c'est un gros enjeu et j'ai pas de solutions »*. Pour les infirmières avec de longues années d'expérience dans cette

pratique, l'enseignement et la sensibilisation à la contraception semblent futiles dans ce moment précis pour les clientes, tandis que les infirmières ayant moins d'expérience déploient beaucoup d'énergie sur des solutions personnalisées concernant la contraception.

Liée à la prévention de la répétition des IVG, la finalité de régulation passe également par une sensibilisation visant à soulever une certaine conscience de la cliente en regard de l'importance de cette expérience de vie qu'est l'IVG de 2^{ème} trimestre: « *Quand je sens que la fille, ça n'a pas l'air de la déranger, elle est assise là et n'a pas d'émotions, on dirait que j'ai comme réflexe d'aller la chercher dans ses émotions* », « *Je sens toujours que, quelque part, j'ai une responsabilité d'aller les sensibiliser à quelque chose* ». On cherche surtout à sensibiliser celles qui ont à leur actif de multiples récurrences d'IVG : « *Tu essaies de trouver un équilibre, une prise de conscience par rapport à l'avortement en tant que tel* », mais aussi à sensibiliser les clientes démontrant un laxisme par rapport à leur responsabilité vis à vis de leurs comportements sexuels. Cette dimension n'est pas rapportée chez toutes les participantes, mais l'est autant chez des infirmières ayant de longues années d'expérience que chez certaines qui en ont moins.

Ainsi, les finalités poursuivies par les infirmières à travers la pratique du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre sont deux ordres, complémentaires et paradoxaux: la finalité d'*empowerment* visant le bien-être et la capacité accrue d'autonomie des femmes, et en arrière plan, la finalité de régulation qui se rapporte à l'enseignement et à la sensibilisation s'inscrivant dans une optique de prévention sociale, voire morale. Ces finalités sont vouées à évoluer avec l'expérience acquise de l'intervenante. On parlera alors de cheminement des finalités car il semble qu'une évolution se produise quant à l'importance accordée à la finalité de régulation par l'infirmière moins expérimentée, vers une perception accrue du poids à donner à la finalité d'*empowerment* par les infirmières ayant davantage d'expérience dans le domaine: « *Quand j'ai commencé au début, je sentais que j'avais besoin de travailler fort dans mon entrevue pour qu'elle soit bien avec sa décision. Je travaillais fort sur les moyens de contraception, pour pas*

qu'elle revienne ici dans six mois. Des fois, j'avais l'impression de vouloir plus qu'elle, de faire en sorte qu'elle se sente bien, qu'elle ne se sente pas coupable de sa décision, qu'elle reparte d'ici avec son moyen de contraception, qui va juste pour elle. J'avais l'impression, l'énergie, d'en dépenser ! ».

D) L'Environnement : un Soutien Protecteur à la Pratique

L'environnement fait référence autant au réseau interne qu'externe de l'équipe des infirmières. En fait, un soutien protecteur est attribué au réseau interne qui agit en tampon à l'environnement externe.

Le réseau interne de soutien protecteur. Ce réseau est constitué de l'équipe d'intervenants gravitant autour des infirmières qui œuvrent à la pratique des IVG. L'équipe est considérée ici au sens large : les collègues infirmières, les travailleuses sociales, les infirmières scolaires, les médecins, la chef de programme, et la superviseure clinique en font partie. Nommé comme étant l'espace de soutien protecteur pour les infirmières, il prédomine dans leurs propos. Il est incarné par l'établissement de liens étroits entre l'infirmière et son milieu de travail : *« Je pense que c'est pour n'importe quel travail d'infirmière, mais peut-être aux avortements, c'est plus tricoté serré »*. Ce lien est tissé en réponse à un impératif d'avoir un espace où elles sont comprises et non jugées par leurs collègues qui exercent le même travail controversé et qui œuvrent continuellement, aussi, dans la gestion des émotions. *« L'équipe ici, c'est important de se sentir à l'aise. Des journées où on a trouvé ça plus difficile, que c'est venu plus nous chercher émotionnellement, c'est de se sentir à l'aise d'en parler. Ça prend une équipe qui fonctionne bien et une attitude de non jugement de ses collègues aussi »*. Aussi, les intervenantes se définissent elles-mêmes comme *« un maillon de la chaîne »* dans le processus d'accompagnement des clientes, ce qui tend à leur conférer une responsabilité partagée : *« C'est pas nécessairement à moi à tout régler, à tout voir »*. Dans les situations de grande complexité, ce qu'elles appellent *« les gros cas »*, ou *« les cas lourds »* de counseling, ce sont par des discussions de groupe que le soutien est récolté. D'ailleurs, une activité trimestrielle de supervision clinique, dispensée par une thérapeute, est nommée comme étant une source de soutien considérable pour l'équipe : *« Ce qui est aidant dans notre pratique, c'est la supervision clinique. Ça c'est sûr. C'est*

important. Ça doit rester ». « La supervision, je trouve cela très aidant. Ça fait du bien de parler de ce qu'on vit... ».

La consolidation de la relation entre les membres de l'équipe est telle qu'on parlerait presque d'une équipe fermée sur elle-même. L'environnement interne est ainsi à la fois protecteur et protégé. En ce sens, les lieux physiques sécurisés (agent de sécurité, cartes magnétiques) renvoient également au confinement des membres de l'équipe. Enfin, les relations avec les collègues d'autres secteurs demeurent aussi restreintes, ce qui contribue à accroître le resserrement des membres de l'équipe : *« Je peux aller manger à cuisine et des gens vont me regarder de travers parce je travaille pour les avortements », « Je suis allée faire partie de comités, et me faire un peu apostropher par des collègues: comment tu fais pour travailler là? T'as quasiment l'impression qui sont en train de te dire : comment vous faites pour tuer des fœtus! ».*

L'environnement externe dont on « se protège ». L'environnement externe renvoie ici à la société et aux cadres légal et éthique circonscrivant la pratique des IVG du 2^{ème} trimestre. Vu du réseau interne, l'environnement externe est souvent perçu comme véhiculant des jugements répressifs à l'égard des avortements, par surcroît s'ils sont tardifs. Le réseau interne sera conséquemment tissé de liens resserrés de soutien afin que cette cohésion de groupe produise un effet tampon protecteur face à l'environnement externe.

Dans la société, les avortements constituent toujours un sujet controversé qui attire les jugements, selon les infirmières oeuvrant en counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre : *« Parfois mes filles ne comprennent pas comment je fais. Je ne parle pas trop à mes filles de mon travail parce qu'elles trouvent ça un peu spécial pour leur mère ».* Ces jugements sociaux concernent soient les intervenantes ou les clientes : *« C'est pas facile parce qu'elles ont à faire face à des pressions sociales, elles ont à faire face à des jugements sociaux difficiles ».* Ainsi, les infirmières éviteront souvent de ventiler librement leurs émotions dans la société, mais elles le feront plus aisément dans leur équipe : *« Je trouve ça très important que l'esprit d'équipe soit bien maintenu dans une*

équipe d'avortement parce que j'irai pas nécessairement ventiler avec ma voisine chez nous ». Cette retenue à parler de leur travail dans la société est donc issue de leur perception de l'environnement externe à l'égard des IVG. S'ouvrir sur la société, c'est s'exposer aux jugements, donc au besoin de se justifier : *« Il y a des journées où ça ne me dérange pas. Je vais leur répondre que moi, j'ai l'impression que j'aide des femmes et que je trouve ça important que les femmes aient le choix, et tout ça. Mais, il y a des journées où ça vient plus me chercher et que ça ne me tente pas d'être obligée de justifier ce que je fais »*. En dépit de l'évolution que connaît notre société moderne, les actrices au cœur de ce sujet préfèrent encore parfois le silence plutôt que de répondre aux jugements sociaux.

Les cadres légal et éthique sont deux dimensions propres à la société dans laquelle nous évoluons. Des controverses éthiques régulièrement ravivées à travers des discours collectifs par lesquels s'expriment des pressions sociales et celles des groupes Pro-Vie teintent l'environnement externe des infirmières œuvrant en IVG : *« Des fois, j'ai peur des Pro-Vie, j'ai peur de la violence [...] . Et quand tu vois ton docteur qui arrive avec un gilet par balles...Donc moi, cet aspect là me préoccupe »*. Le cadre légal, balisant le droit de recourir à l'IVG ainsi que les mesures législatives québécoises (telle que l'absence de délai maximum pour obtenir l'intervention) exerce une influence importante sur la pratique des infirmières en IVG. Or, cette influence n'est pas nécessairement aidante pour celles-ci : *« Je sais que c'est un acte légal. Mais en même temps, il y a tout un vide juridique, il n'y a rien qui a été donné (en tant que balises). Tant qu'il n'y a rien par rapport à ça, on est obligé de proposer le service »*. D'autre part, les infirmières s'appuieront parfois sur ce cadre légal afin de faire contrepoids aux jugements sociaux et ainsi défendre le droit des femmes de recourir à l'avortement : *« T'as le droit de faire ce choix là. T'as le droit de penser à toi, comme femme, t'as le droit de décider de ton avenir. Tu subiras pas ton avenir. Tu vas faire un choix par rapport à ça »*. Défendre la cause du droit à l'avortement pour aider celles qui en ont besoin, c'est aussi défendre, à l'extérieur de l'équipe des intervenants en IVG, leur travail dans ce domaine. La pratique des infirmières est donc assujettie aux influences

de ces cadres légal et éthique inhérents à la société à laquelle elles appartiennent et face auxquelles le besoin de soutien protecteur est tangible.

Somme toute, le soutien protecteur de l'environnement c'est le soutien nécessaire que les infirmières puisent dans leur équipe pour composer avec les défis de leur travail et se protéger d'un environnement externe qui leur est plus ou moins favorable. Ce dernier, lieu où s'expriment les jugements sociaux et controverses éthiques, justifie à plus forte raison le besoin des infirmières de ventiler et se soutenir entre elles. Enfin, lorsque les résultats sont analysés à la lumière des données sociodémographiques, il y aurait une différence notée dans le discours des infirmières en fonction de l'expérience de celles-ci. C'est davantage en termes de consolidation des liens de collégialité que l'expérience acquise se manifeste : « *Nous autres, on travaille ensemble depuis longtemps et on s'entend bien. On a une complicité qui s'est établie. On est jamais devenues burn out parce qu'on s'est toujours parlées* ». Cependant, toutes les infirmières rencontrées éprouvent le besoin de se sentir entourées par l'équipe, indépendamment de leur niveau d'expérience. Les propos d'une infirmière de très grande expérience en témoignent : « *On ventile beaucoup entre nous. Je vais trouver quelqu'un dans mon équipe qui va m'écouter* ». Bref, tant les infirmières ayant peu d'expérience que celles qui en comptent beaucoup rapportent une fonction semblable du réseau interne et de l'environnement externe.

E) Le Processus d'Ajustement (l'évolution de la pratique)

Relativement au counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre, l'évolution se traduit par un processus dynamique d'ajustement de la pratique des intervenantes aux défis des différentes situations rencontrées et ce, grâce à l'acquisition de l'expérience. Tel que mentionné à travers les quatre thèmes précédents, les données sociodémographiques nous permettent de constater nettement cette évolution en fonction du nombre d'années d'expérience. Les infirmières réalisent que leur capacité d'ajustement à la multitude de situations inhérentes à leur pratique évolue : « *Je pense que ça s'est amélioré, depuis un an, au niveau de mes techniques d'entrevue. Quand j'ai commencé ici, le manque d'expérience, ça fait un peu un manque de confiance [...]*

C'est sûr qu'avec le temps, tout ça, ça prend sa place : l'expérience, la confiance, la technique d'entrevue, ça change ».

L'acquisition de l'expérience passe d'abord par l'intégration. L'infirmière développe une compréhension différente de sa pratique avec le temps et au moyen d'apprentissages. L'ajustement devient la résultante de cette intégration de l'expérience. Elle développe la capacité de pouvoir s'arrimer, grâce à la souplesse devenue possible, aux besoins présents dans les situations variables qu'interpelle le counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre : *«Ça va faire un an que je suis ici. Là, je commence à me détacher. C'est elle qui a à vivre ses émotions. Je commence à plus me détacher et à comprendre ».* En fait, la façon d'aborder la pratique du counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre, ainsi que toutes ses composantes, seront modulées par l'expérience qui amènera l'ajustement subséquent : *« C'est sûr que 20 ans de travail, on a quelque chose d'à l'aise là-dedans que d'autres vont avoir dans plusieurs années. Et c'est sûr que ça s'est travaillé. Au fil des ans, à force d'être dedans tout le temps ».*

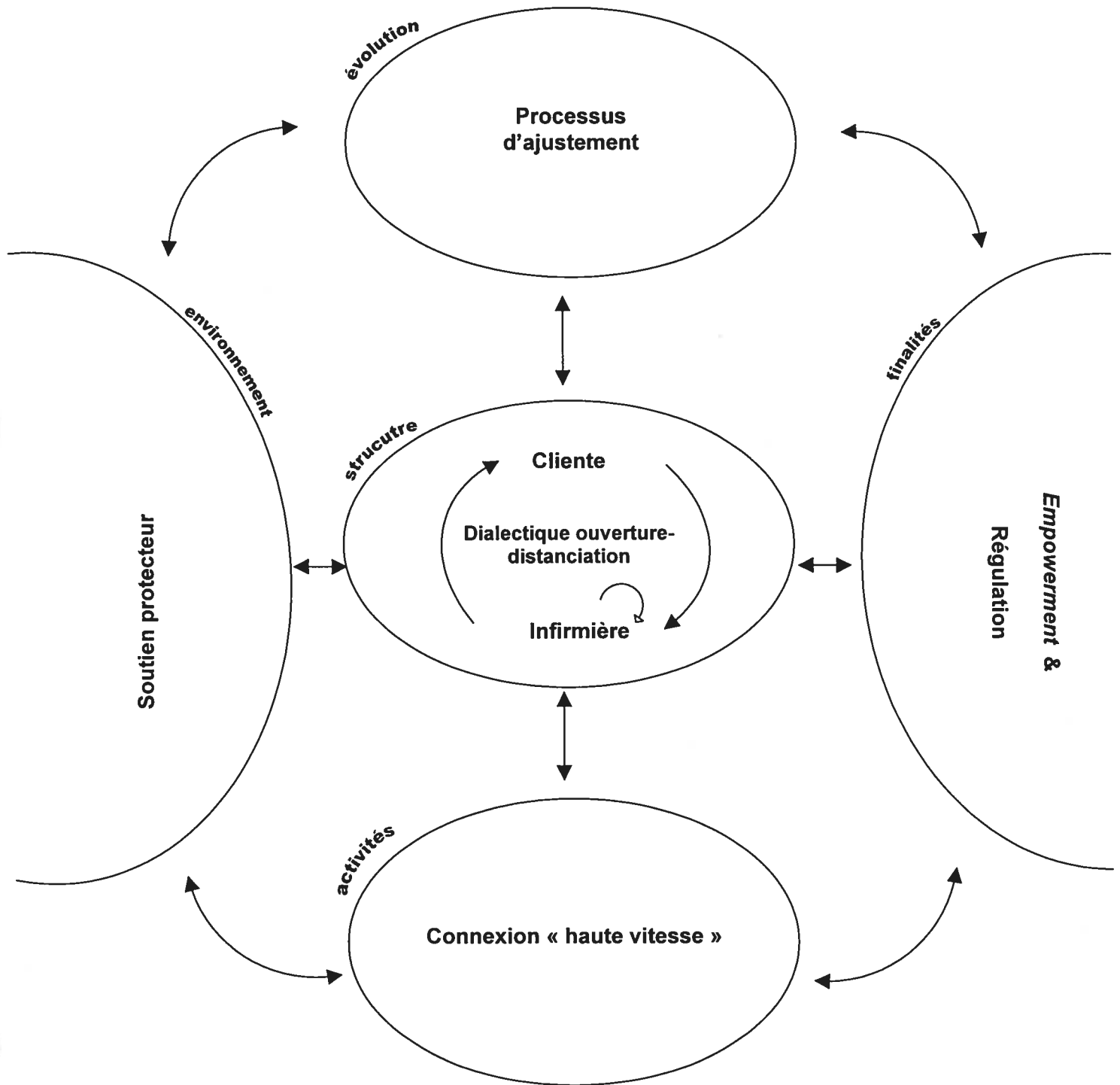
5.3 Présentation du Modèle

A) Explication du Modèle

Le modèle représentant la pratique du counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre définie par la structure entre les acteurs, les activités qui ont lieu, les finalités poursuivies dans un environnement et dans le temps est présenté à la page qui suit. On y retrouve les cinq thèmes décrits précédemment. Les flèches entre les sphères évoquent les interactions unissant les composantes qui sont interreliées. La flèche circulaire sur l'infirmière indique une prise de conscience d'elle-même dans le rapport créé par la dialectique ouverture-distanciation. Chacune des composantes constitue un élément décrivant une dimension de la pratique et devient ainsi un point d'ancrage pour réfléchir et développer sa propre pratique. Afin de mieux en saisir le sens et l'utilité potentielle, un scénario illustrant une situation type de counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre suit.

Figure 1

Modélisation de la pratique du counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre



B) Illustration d'un Scénario Type de Counseling Infirmier Pré-IVG de 2^{ème} Trimestre

L'infirmière reçoit une cliente enceinte de 18 semaines qui manifeste à la fois beaucoup d'ambivalence et de peine face à sa décision d'interrompre sa grossesse. L'infirmière crée alors une dyade avec cette cliente : elle la considère dans son individualité afin d'établir un rapport entre elles. Par son attitude, son contact visuel et ses paroles, l'infirmière démontre une ouverture pour accueillir cette femme en situation de crise situationnelle. Une prise de conscience d'elle-même, de ses valeurs et de sa propre personne en tant qu'instrument de sa pratique l'amène également à établir une distance entre elle et la cliente. Cette distanciation a pour buts de maintenir une position d'intervention aidante pour la cliente ainsi que de protéger l'infirmière afin qu'elle ne se sente pas envahie par les émotions de la cliente. Elle permet, par ailleurs, à l'infirmière d'éviter de se projeter dans la situation de la cliente et de se mettre à sa place. C'est ce qu'on appelé la dialectique ouverture-distanciation structurant le rapport de la dyade infirmière-cliente.

Une fois ce rapport initié entre l'infirmière et la cliente, lequel est en mouvance continue dans cette dialectique ouverture-distanciation, la pratique du counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre est concrétisée par l'établissement d'une « connexion haute vitesse » avec la cliente. C'est donc de dire que l'infirmière, dans sa relation d'aide centrée sur la cliente, se « connecte » littéralement et rapidement aux besoins particuliers en présence afin que les interventions en soient optimisées efficacement, dans le temps dont elle dispose pour l'entrevue pré-IVG. L'exploration de la situation de la cliente, de ses émotions, des raisons de l'IVG tardive et de son ambivalence sont alors possibles par cette connexion sur la cliente. De cette façon, les interventions s'avèrent adaptées à la cliente que l'on a devant soi ici et maintenant.

Les interventions individualisées de l'infirmière poursuivent deux types de finalités. Dans un premier temps, elle souhaite apaiser les préoccupations de la cliente, minimiser son stress, normaliser sa peine et la soulager de la culpabilité qu'elle nourrit, dans l'optique que la cliente puisse prendre une décision éclairée, autonome et avec laquelle elle soit confortable. Ce sont les composantes de la finalité d'*empowerment*.

Puisque la cliente manifeste beaucoup de peine, l'infirmière est sensible à ce qui lui arrive. Elle oeuvre alors à faire en sorte que la cliente perçoive qu'il y a des aspects positifs à vivre cette crise situationnelle et qu'elle pourra même en sortir grandie. Un défi pour l'infirmière consiste cependant à s'assurer de la clarté de la décision qui semble nébuleuse. Ceci représente une situation complexe pour l'infirmière puisqu'il lui faut distinguer si l'ambivalence est issue des émotions ou s'il s'agit d'une réelle incertitude en regard du choix de poursuivre ou non la grossesse. D'autre part, par la finalité de régulation, qu'elle maintient en arrière plan dans le cadre de ses responsabilités professionnelles, l'infirmière a aussi pour rôle de dispenser de l'enseignement sur la contraception, dans l'idée de prévenir de futures grossesses non planifiées.

L'infirmière, interpellée par la situation de cette cliente, éprouve le besoin de parler de ses émotions et des défis que lui a posée son intervention portant sur l'ambivalence de la cliente. C'est à travers le soutien protecteur de son équipe de travail qu'elle ira puiser cette aide, ainsi que la possibilité de ventiler ses émotions et de se ressourcer. Cette responsabilité de soutien reposant sur l'équipe de travail permet à l'infirmière d'avoir un espace où elle se sent comprise et non jugée. En effet, l'environnement externe, soit la société avec ses controverses éthiques non résolues et son cadre légal, ne favorise pas nécessairement l'expression libre et exempte de jugements sur ce sujet de l'avortement tardif.

L'expérience que l'infirmière acquiert l'aide à ajuster sa pratique aux besoins des clientes qu'elle rencontre. Ainsi, à l'instar de l'ajustement, le rapport infirmière-cliente s'inscrivant dans la dialectique ouverture-distanciation, la connexion rapide sur la cliente, la finalité d'*empowerment*, le soutien protecteur de l'environnement seront aussi tous optimisés par l'acquisition de l'expérience. L'infirmière est consciente que l'intervenante qu'elle est aujourd'hui n'est pas celle qu'elle était à ses premiers jours dans cette pratique. La mise en œuvre des stratégies aidantes dans sa pratique, pour la cliente et pour elle-même, sa perception des défis, de même que la façon de les gérer, évoluent à mesure qu'elle acquiert de l'expérience dans cette pratique.

Chapitre 6

Discussion

6.1 Discussion des Résultats

Les résultats obtenus ont permis d'identifier des dimensions circonscrivant la pratique du counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre. Ils ont également jeté un éclairage sur cette pratique et ses défis encore peu abordés du point de vue des infirmières exerçant du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre. L'exploration de ces défis a donné lieu à la modélisation de cette pratique, ce qui s'avère également original. Le modèle construit à partir de l'analyse des propos des infirmières, recueillis lors d'entretiens individuels et de la discussion de groupe à la mi-collecte des données, semble faire du sens pour celles-ci. Les résultats ont été discutés de façon informelle avec plusieurs infirmières de l'équipe et retravaillés avec la collaboration de la personne clé du milieu.

Par ailleurs, les résultats corroborent à certains égards ceux des rares recherches antérieures et, du reste, ils ne posent pas de contradiction apparente avec la littérature existante dans le domaine de la pratique des IVG. Selon certains auteurs, la pratique du counseling auprès de femmes considérant l'IVG se résume à favoriser leur *empowerment* et à leur fournir du soutien en situation de crise, en plus de les assister dans la recherche de retombées satisfaisantes à long terme (Baker & al., 1999; Gameau, 1993). Ainsi, la conception de la pratique telle que présentée dans le modèle créé concorde avec ces finalités. Dans le même sens, dans leur description « prescriptive » du counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre, Baker et al. (1999), en abordant la prévention des récives, font état d'une composante se rapportant à ce que nous avons nommé la finalité de régulation. De plus, la définition attribuée à la pratique du counseling infirmier par Soohbany (1996) s'arrime à plusieurs aspects considérés dans notre modèle, malgré qu'il ne traite pas d'éléments se rapportant à l'environnement et à l'évolution de la pratique. Sa définition rejoint néanmoins les thèmes référant à la dyade cliente-infirmière, aux activités de connexion dans la pratique du counseling pré-IVG en termes d'exploration des sentiments de la cliente, et à la finalité d'*empowerment* par le soutien de celle-ci dans le développement de ses propres stratégies de coping et, si nécessaire, dans la découverte d'une signification pour cet événement.

Tel que déterminé dans le chapitre 2, la pratique du counseling gagne à être conçue selon une perspective systémique. De ce fait, l'évolution de la pratique et l'environnement dans lequel elle s'insère importent. L'environnement en tant que soutien protecteur pour les infirmières oeuvrant en IVG est reconnu par certains auteurs (Estabrooks & al., 2005; Gmeiner & al., 2000; Huntington, 2002). Ils suggèrent que les intervenants en contact étroit avec les besoins affectifs de patients requièrent eux aussi du soutien et un espace de réflexion. Estabrooks et al. (2005) expliquent la raison pour laquelle les infirmières se tournent vers leur équipe de travail pour obtenir ce soutien : « *They rely more on social interaction with their peers because of the unique support they get from this group, support that is not usually available from other sources* ». Ceci s'avère alors tout à fait concordant avec notre conception de l'environnement interne comme soutien protecteur. Ces derniers auteurs ajoutent, par ailleurs, que les infirmières vont aussi quérir un soutien « confirmatif » parmi les pairs, lequel renvoie à la validation de leurs sentiments et de leurs actions. Aussi, Huntington (2002) souligne que le soutien pour les infirmières oeuvrant en contexte d'IVG de 2^{ème} trimestre se produit souvent à un niveau informel mais qu'il devrait prendre la forme d'un cadre formel de discussion de groupe ou de supervision clinique. Dans cette optique, il importe de préciser que dans le groupe d'infirmières rencontrées évolue une activité trimestrielle de supervision clinique, dispensée par une psychothérapeute externe. À l'unanimité, les infirmières ont mentionné cette activité comme étant une ressource essentielle et insistent énergiquement sur la nécessité de son maintien. L'outil créé par le présent travail complémente fort bien les réflexions amorcées par les infirmières dans cette supervision clinique. En effet, il leur permet de personnaliser leur compréhension de leur pratique et leur gestion conséquente des défis. Il s'inscrit donc en continuité avec cette démarche de groupe.

Par ailleurs, d'autres échos sont faits avec la littérature en ce qui a trait aux caractéristiques des actrices de la dyade. Concevoir les clientes se présentant pour une demande d'IVG de 2^{ème} trimestre comme étant habitées par un sentiment d'ambivalence va dans le sens des observations de plusieurs auteurs (Adler & al., 1992; Baker & al., 1999; Epner & al., 1998; Guilbert & al., 1994; Lynxwiler & Wilson, 1994; Mueller,

1991; Torres & Darroch-Forest, 1988). Toutefois, aucune recherche recensée ne rend explicite ce sentiment d'ambivalence et son impact en tant que défi pour les infirmières. Or, on reconnaît que l'ambivalence, de même que les pressions sociales et le manque de soutien, prédisposent à un taux plus élevé d'effets négatifs à long terme chez les clientes (Curtin, 1993; Gameau, 1993; Kero, Högberg & Lalos, 2004). Il est alors conséquent que, relevant de l'ambivalence, une des finalités premières des infirmières rencontrées soit celle de parvenir à l'obtention d'une décision claire pour la cliente au moment du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre.

En ce qui a trait à l'infirmière et le regard qu'elle porte sur elle-même en tant qu'instrument de sa pratique, il apparaît que nous relevons une dimension qui aurait été négligée jusqu'ici dans la compréhension de la pratique du counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre. La seule étude se rapprochant de la nôtre est celle de Huntington (2002). Elle admet que des défis psychologiques peuvent être perçus par ces intervenantes. Néanmoins, elle rattache ces défis à la gestion complexe des soins à la cliente et n'explore pas les implications de ces défis au plan personnel pour l'infirmière. Bien que d'autres auteurs semblent préoccupés par l'idée que l'intervenante doive se centrer sur les besoins de la cliente, aucun n'a considéré les valeurs interpellées de façon bidirectionnelle pour les deux actrices en présence. On semble admettre, toutefois, que les infirmières ont le droit d'être en désaccord avec les raisons ou le choix des femmes se présentant pour une IVG, ce qui ne serait pourtant pas incompatible avec la nécessité de prodiguer des soins empreints de compassion (White, 1996).

Relativement à la sensibilité de l'infirmière face à ses valeurs, particulièrement en regard de la signification du fœtus, les résultats de cette recherche abondent dans le même sens que Curtin (1993). Selon elle, l'exposition répétée à la procédure peut avoir des effets négatifs sur les professionnels impliqués, particulièrement pour les IVG de 2^{ème} et 3^{ème} trimestre. Force est d'admettre que la plupart des femmes traversant leur propre expérience d'IVG le font une seule fois ou un nombre très limité, tandis que les infirmières vivent, à un degré différent certes, toutes les IVG qu'elles accompagnent. Un effet cumulatif, voire alourdissant, serait-il alors concevable pour certaines? C'est ce

que suggère le discours de l'une des participantes. Notons toutefois que la majorité des infirmières rencontrées expriment davantage un malaise à expliquer les détails de l'intervention en lien avec la question de la souffrance fœtale, qu'en ce qui concerne l'acte répété de mettre un terme à des vies.

D'autre part, les activités de la pratique du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre, nommées en termes de « connexion haute vitesse » dans notre modèle, s'avèrent exposées différemment dans la littérature. Il appert que l'attention dirigée sur la cliente est telle, qu'elle ne permet pas l'exploration de l'essence de l'activité infirmière sur laquelle repose la relation. Comme il en a été question au chapitre 3, la pratique et ses activités sont abordées dans la littérature en termes « prescriptifs », c'est-à-dire, ce que doit faire l'infirmière pour rejoindre la cliente afin que le counseling soit efficace (Baker & al., 1999 ; Gameau, 1993). Notre modèle ne contredit en aucun temps ces recommandations, en fait, il les soutient plutôt. Mais au-delà de ces assertions pratiques, il introduit l'idée de l'impératif d'établir rapidement un lien significatif entre la cliente et l'intervenante afin que soient possibles toutes les interventions précitées.

Enfin, notre modèle traite de l'évolution de la pratique en termes de processus d'ajustement résultant de l'intégration de l'expérience acquise. Cette dernière facilite alors le développement et le raffinement des habiletés de counseling des infirmières. Or, le caractère évolutif et dynamique de cette pratique, prenant appui sur l'expérience acquise des intervenantes, n'est pas abordé dans la littérature. Des auteurs soulèvent, par exemple, l'importance de déployer des habiletés de communication lors du counseling (Burke & Fair, 2003; Poskiparta & al., 2001; Soohbany, 1999) mais ne font nullement état de l'évolution et de l'intégration des ces habiletés, de même que de leurs répercussions sur la pratique en changement à laquelle on doit s'ajuster. Ainsi, concevoir la pratique du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre en évolution, et considérer l'ajustement continu qu'elle sous-tend, permet de la situer dans une dimension plus vaste, voire plus fidèle à la réalité.

En définitive, le modèle créé corroborent les écrits en ce qui a trait aux finalités d'*empowerment* et de régulation, de même qu'à la conception de l'environnement comme une composante influente des interventions de counseling et offrant un soutien protecteur aux professionnels. En revanche, notre modèle soulève des idées innovatrices en regard de l'impact de l'expérience acquise sur l'évolution de la pratique, de la prise en compte de l'infirmière comme instrument de sa pratique par un regard posé sur elle et de la connexion haute vitesse sur la cliente comme activité du counseling. De plus, à travers les indications évolutives de tous ses thèmes sous l'effet de l'acquisition de l'expérience, ce modèle introduit la notion d'un dynamisme et d'une perspective systémique dans la compréhension de cette pratique.

6.2 Discussion de la Méthode

Une des forces de cette recherche relève de l'intégration progressive de l'infirmière-investigatrice dans le milieu concerné. Cette étape, renforcie par le stage intensif d'intégration, s'est avérée très importante dans l'établissement d'une relation de confiance auprès du groupe d'infirmières. Il s'agit toutefois d'un processus requérant des présences fréquentes et un temps considérable, tel que le soulignent plusieurs auteurs (Creswell, 1998; Guba & Lincoln, 1985; Reason & Bradbury, 2001). Le stage intensif d'intégration a aussi fourni une opportunité pour l'infirmière-investigatrice de s'immerger dans la problématique de recherche et de développer une sensibilité dans sa compréhension de l'expérience vécue par les actrices. Même si l'entrée dans ce milieu était facilitée par le fait que les infirmières avaient antérieurement identifié ce sujet comme l'un de ceux méritant une attention de recherche, cette initiation ne fut pas si aisée. En rétrospective, nous saisissons pourquoi l'environnement protecteur quasi-fermé que les intervenantes se sont créé est difficilement pénétrable. C'est à juste raison qu'il l'est, puisque c'est la nature même de leur travail qui invite l'équipe à se resserrer sur elle-même. Une fois l'intégration parvenue, le lien ainsi créé avec le groupe d'infirmières a grandement facilité l'approche des participantes lors du recrutement, de même qu'il a contribué de façon non-négligeable à l'obtention d'entrevues riches en contenu. Selon Guba et Lincoln (1985), l'engagement prolongé est l'un des facteurs contribuant à rendre les résultats et leur interprétation plus crédibles. En effet, les

infirmières rencontrées semblaient être libres d'expression et ne recouraient à aucune censure de leurs propos.

Le lien privilégié avec une personne-clé du milieu a, lui aussi, été d'une aide substantielle. Il permettait une fluidité des contacts entre le groupe d'infirmières et l'infirmière-investigatrice, et s'est avéré une source d'informations et de validation solide tout au long du processus. D'autre part, la discussion de groupe faisant suite aux trois premières entrevues a été très appréciée des participantes et a permis une validation des analyses réalisées jusqu'alors. Elle a également stimulé des réflexions liées aux défis de leur pratique et leur ont permis d'échanger ensemble sur ces aspects. Les entrevues subséquentes ont donc été éclairées par l'apport de cette discussion de groupe, et des éléments particuliers ont pu être explorés.

De plus, ce type de recherche à visée collaborative permet de lier d'autant plus près la recherche au terrain. Cette recherche possède l'avantage d'avoir pris en compte, dans sa globalité, le contexte dans lequel elle s'insère et la perception des actrices qui l'animent, ce qui risque d'accroître la signification des résultats pour celles-ci. De cette manière, les résultats émergents deviennent davantage conformes à la réalité explorée puisqu'ils sont ancrés dans la pratique des actrices.

Toutefois, au-delà de la question du temps prolongé nécessaire à l'intégration requise, il est indéniable que cette approche de recherche comporte des défis. L'infirmière-investigatrice a dû composer avec quelques contraintes inhérentes au milieu telles que : une difficulté pour les infirmières participantes à être libérées pour les entretiens individuels, un report de plusieurs mois de la 2^{ème} discussion de groupe conséquente aux vacances des infirmières et à la relâche estivale des réunions administratives, ainsi que des plages horaires difficiles à dégager pour rencontrer la personne-clé du milieu. Néanmoins, il est compréhensible que ces contraintes relèvent d'une conjoncture organisationnelle difficile et qu'il faille les accepter, de même que s'ajuster aux événements hors de notre contrôle. Barrett (2001) soulève que les

difficultés rencontrées en recherche qualitative sont des opportunités d'apprentissage. Somme toute, la bonne volonté des actrices du milieu a facilité un tel réajustement.

Finalement, une prise de conscience des exigences de la recherche collaborative nous incite à croire que, même si elle constitue une force pour lier la recherche à la pratique, cette approche requiert des précautions méthodologiques et d'organisation. Ainsi, si l'expérience était à recommencer, il faudrait prévoir dès le début d'enraciner solidement la démarche dans le contexte organisationnel de l'établissement et de s'assurer d'obtenir la pleine collaboration des instances administratives. Une compréhension claire des implications de ce type de recherche en termes de temps pour les intervenantes et de soutien attendu du milieu et des supérieurs deviennent alors des éléments facilitateurs pour la collaboration des acteurs et des pré requis au bon déroulement du projet.

6.3 Potentiel de Transférabilité

Bien qu'il serait faux de prétendre à une saturation des données recueillies après n'avoir rencontré que six infirmières, la portée des résultats demeure étendue. Les interprétations issues des analyses et la compréhension que procure le modèle proposé disposent d'un potentiel de transférabilité dans des pratiques de counseling où des enjeux éthiques et des charges émotives sont présents. Notre modèle est le reflet d'une réalité circonscrite, socialement construite, des infirmières de ce milieu de première ligne. Les résultats revêtent alors une justesse applicable à ce groupe d'infirmières puisqu'ils émergent de la perception d'une majorité d'entre elles. Aussi, le modèle présenté peut s'avérer transférable à d'autres situations de counseling impliquant des conflits décisionnels. Selon O'Connor, Jacobsen et Stacey (2002), on parlera de conflits décisionnels lorsque l'intervenant est en présence d'incertitude concernant l'action à prendre par la personne, considérant que le choix parmi ces actions implique des risques, des pertes, des regrets ou des défis face à ses valeurs de vie personnelle. Comme c'est le cas pour le counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre, ces situations impliquent des dimensions morales et affectives susceptibles d'interpeller le professionnel qui dispense le counseling. Notre modèle pourrait ainsi constituer un outil

de réflexion et de développement de la pratique pour des professionnels qui dispensent du counseling comportant des dilemmes éthiques, moraux ou des conflits décisionnels auprès de leur clientèle.

6.4 Retombées

Grâce à l'originalité du sujet apparemment peu exploré, cette recherche procure une compréhension des composantes modulant la pratique de counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre. En illuminant les défis rencontrés par les infirmières ainsi que la façon dont sont gérés ces défis, elle optimise les opportunités de développement pour cette pratique. Les infirmières peuvent ainsi se servir du modèle pour réfléchir sur une situation de counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre où elles se sont senties interpellées. Des discussions de cas peuvent aussi être soutenues par ce modèle facilitant les échanges autour des balises sur lesquelles reposent la pratique et son ajustement. Les infirmières disposent alors du moyen de mettre en perspective leur pratique et ses défis selon qu'ils sont liés à dynamique d'ouverture-distanciation de la dyade cliente-infirmière, aux activités de la pratique basées sur un impératif de connexion aux clientes, aux finalités d'*empowerment* et de régulation poursuivies par celles-ci, au rôle aidant de soutien protecteur de l'environnement et à l'ajustement des interventions offert par l'expérience acquise.

De plus, cet outil peut aussi servir d'assises aux nouvelles infirmières dans le but d'enraciner leurs réflexions en lien avec les composantes impliquées dans la pratique du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre. Le modèle devient alors un point de repère à l'instauration de mécanismes de soutien pour ces infirmières. Ainsi, en ce qui a trait à la structure de la dyade cliente- infirmière, cette recherche fournit des balises relatives aux besoins de formation pour ces professionnelles, notamment concernant les habiletés de communication à développer lors du counseling pour faciliter l'ouverture-distanciation dont il a été question. Également liés à la structure en considérant cette fois le regard de l'infirmière posé sur elle-même, des thèmes émergents peuvent servir d'indications à des besoins de formation lorsque les infirmières deviennent, par exemple, personnellement et collectivement sensibilisées à la réalité du fœtus et de la souffrance

foetale. En ce sens, il deviendrait opportun de réfléchir sur des formations ou des activités de soutien clinique entourant les thèmes des enjeux bioéthiques et de la souffrance foetale. Quant aux finalités d'*empowerment* et de régulation, il serait concevable d'orienter des apprentissages dans le sens suggéré par l'expérience acquise, c'est à dire d'accentuer le poids à donner à la finalité d'*empowerment*, au profit de celle de régulation. D'autre part, la mise en œuvre de moyens favorisant les aptitudes de relation d'aide et de savoir-être rejoignent l'activité de connexion haute vitesse servant à optimiser l'intervention infirmière dans le temps disponible. Enfin, en mettant sur pied, par exemple, des groupes de soutien par les pairs, la notion de soutien protecteur de l'environnement déploie largement son potentiel.

Il convient enfin de souligner l'apport à la profession de ce type de recherche collaborative. Cette dernière, qui gagne à prendre du terrain dans la discipline infirmière, s'avère compétente dans une volonté d'arrimer la recherche en sciences infirmières à la pratique. C'est par l'expérimentation de cette approche, en étant ancrées dans la réalité des acteurs, que des infirmières en pratique avancée, par leur rôle d'agentes de changements, arriveront à faciliter l'instauration de transformations dans les pratiques. De cette façon, les messages véhiculés par la recherche auront un pouvoir persuasif d'autant plus grand qu'un lien avec le milieu sera tissé étroitement. Nous croyons donc que, dans cette approche collaborative de recherche, réside un moyen utile pour les infirmières en pratique avancée d'accomplir leur mandat d'agentes de changements, tout en soutenant les infirmières et en actualisant un modèle de leadership pour elles.

6.5 Explorations Futures

Les résultats de cette recherche fournissent des indices portant à s'interroger sur la différenciation probable dans l'intervention auprès de différentes clientèles se présentant pour une demande d'IVG de second trimestre. Par exemple, il serait pertinent de vérifier si les thèmes exposés dans le modèle, notamment concernant la dialectique ouverture-distanciation dans la dyade infirmière-cliente, les activités de connexion avec la cliente et les finalités poursuivies, présentent des clivages et revêtissent une

signification différente entre une clientèle adolescente et une clientèle adulte. Tel qu'il en a été fait mention dans la présentation des résultats, certaines composantes, par exemple une attitude de « maternage » face aux adolescentes, semblent effectivement différentes. Une recherche dirigée à cette attention aurait comme bénéfices, entre autre, une compréhension encore plus raffinée de la pratique afin de prodiguer des interventions mieux adaptées aux clientèles.

Plusieurs infirmières rencontrées se questionnent quant à la signification de la personnalisation du fœtus et face à la dimension de la souffrance fœtale. Apurès des clientes, elles abordent ces sujets dans un mode discursif sensible et euphémique car il semble qu'une prise de conscience sociale, relative à ces derniers aspects, prenne du chemin (Williams, 2005). Néanmoins, la question de personnalisation du fœtus, devenu réalité au deuxième trimestre, demeure un concept relativement peu exploré. Certains auteurs amorcent une réflexion intéressante soutenant que la catégorisation du fœtus en tant que personne réfère implicitement à sa signification en tant que construction sociale (Hopkins, Zeedyk & Raitt, 2005). À la lumière des propos recensés à travers cette recherche, il devient donc pertinent de s'interroger sur la place que prend la signification du fœtus dans les défis rencontrés par les infirmières et les clientes. À l'heure où les débats de société sont fortement centrés sur l'avortement et ses implications éthiques et légales, l'attention dirigée sur le fœtus est également croissante. Ainsi, à la jonction entre les besoins indéniables des femmes se présentant pour une IVG, la volonté de leur venir en aide et les discours controversés entourant cette pratique, où les intervenants se situent-ils? Ces débats, ravivés par les biotechnologies destinées à 'sauver' des fœtus de plus en plus prématurés et, d'un autre côté, par la pratique des IVG de plus en plus tardives, ne pourront sévir sans toucher directement les intervenants dont la pratique s'inscrit au cœur de ces controverses. La nécessité de se pencher sur des mécanismes de soutien pour ceux-ci est donc incontournable et le besoin pour les recherches dans ce domaine est assuré .

Conclusion

Le but de cette recherche était de documenter et modéliser la pratique du counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre dans des services de première ligne, dans l'optique de se doter de points de repère pour mieux réfléchir cette pratique et promouvoir son développement. Les pratiques aidantes et les défis ont été traduits à travers cinq thèmes, caractéristiques d'une pratique conçue suivant un modèle systémique, selon la structure de la dyade infirmière-cliente, les activités du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre, les finalités poursuivies, l'environnement en contexte et l'évolution de la pratique. Cette dernière est donc, d'une part, fonction de l'individualité de l'infirmière, révélée notamment par une prise de conscience de soi. D'autre part, les composantes de la pratique du counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre et ses défis sont aussi amenés par la situation unique de la cliente avec laquelle elle entre en relation. La dyade infirmière-cliente va alors initier des mouvements continuels dans une dialectique d'ouverture-distanciation pour favoriser une connexion rapide visant un *empowerment*, mais aussi une prévention de récidives d'IVG. Le soutien protecteur de l'environnement devient primordial pour l'infirmière et contribue à l'évolution de sa pratique au fil de l'expérience acquise. La question portant sur la gestion des défis nous a permis de saisir que cette dernière repose également sur l'expérience acquise. En effet, les stratégies développées par les infirmières sont précisément le reflet de leur capacité d'ajustement issu de l'intégration de cette expérience. Le modèle contribue donc à mettre en perspective les dimensions qui articulent cette pratique et ses défis afin d'aider à mieux les gérer.

Il est à espérer que, grâce au soutien apporté par cet outil original et novateur, la pratique infirmière en counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre sera, quelque part, renforcée par cette recherche. Mais, au-delà de cette portée directe, nous estimons que l'approche collaborative gagne à rejaillir sur notre discipline dans le choix d'une méthode de recherche. Cette approche peut être bénéfique via l'implication des acteurs visés, afin d'obtenir des résultats d'autant plus probants et appuyés empiriquement. Contrairement à la façon dont elles sont souvent abordées dans les écrits scientifiques, les pratiques infirmières sont loin de se réduire à une série de prescriptions, en termes de « ce qui doit être fait, et comment on doit s'y prendre ». En fait, le présent ouvrage nous a permis de

saisir à quel point ces pratiques infirmières sont multidimensionnelles, dynamiques et vivantes. Les situer dans le contexte de leur environnement et en évolution continue reflète des dimensions systémiques devant inévitablement être prises en compte dans la compréhension de celles-ci. Et puisque la conception des pratiques s'avère systémique, comment faire abstraction de ceux qui les animent? La quête d'une compréhension des pratiques infirmières gagne à intégrer l'apport de ceux qui les vivent. Il devient ainsi difficile d'imaginer autrement des recherches en sciences infirmières, portant sur des pratiques et des acteurs, que par la reconnaissance de leur contribution essentielle.

Références

- Adler, N.E., David, H.P., Major, B.N., Roth, S.N., Russo, N.F., & Wyatt, G.E. (1992). Psychological factors in abortion. A review. *American Psychologist*, 47(10), 1194-1204.
- Anderson, K.N., Anderson, L.E., & Glanze, W.D. (1994). *Mosby's Medical, Nursing, and Allied Health Dictionary*. 4th. Ed., St-Louis: Mosby.
- Anderson, C., Clancy, B., & Hassanein, R. (1976). *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, nov.-déc. 29-32.
- Baker, A., Beresford, T., Halvorson-Boyd, G., & Garrity, J.M. (1999). Informed consent, counseling, and patient preparation. Dans Paul, M., Lichtenberg. E.S., Borgatta, L., Grimes, D.A., & Stubblefield P.G.(Éds), *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion* (p.25-37). New-York: Churchill Livingstone.
- Barrett, A. P. (2001). The early mothering project: what happened when the words 'action research' came to life for a group of midwives. Dans Reason, P., & Bradbury, H. (Eds.). *Handbook of action research-participative inquiry and practice* (pp.294-300). London: Sage.
- Bewley, C. (1993). The midwife's role in pregnancy termination. *Nursing Standard*, 8(12), 25-8.
- Brien, J. (1996). Finding out for themselves. *Nursing Standard*, 10(15), 43.
- Burke, L.E., & Fair, J. (2003). Promoting prevention: skill sets and attributes of health care providers who deliver behavioral interventions. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(4), 256-266.
- Chaney, R. (1997). GPs and the care of people with AIDS. *Australian Family Physician*, 26(7), 835-840.
- Clarke, L. (1999). The person in abortion. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*, 6(1), 37-46.
- Cornuz, J., Pinget, C., Gilbert, A., & Paccaud, F. (2003). Cost-effectiveness analysis of the first therapy for nicotine dependence. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 59(3), 201-206.
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design*. Thousand Oaks: Sage.
- Curtin, L.L. (1993). Abortion: a tangle of rights. *Nursing Management* 24(2), 26,28,30-31.

- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of qualitative Research*. Thousand Oaks : Sage.
- Direction de la Santé Publique (2003). *Le portrait statistique de la santé des Montréalais*, Régie Régionale de la Santé Publique de Montréal-Centre.
- Epner, J.E.G., Jonas, H.S., & Seckinger, D.L. (1998). Late-term abortion. *Journal of the American Medical Association*, 280(8), 724-729.
- Estabrooks, C.A., Rutakumwa, W., O'Leary, K.A., Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, M.J., & Scott-Findlay, S. (2005). Sources of practice knowledge among nurses. *Quality Health Research*, 15(4), 460-476.
- Gameau, B. (1993). Termination of pregnancy: Development of a high risk screening and counseling program. *Social Work in Health Care*, 18(3/4), 179-191.
- Gauthier, B. (2003). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*. 4è éd. Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Gendron, S. (2003). Codex et notes de cours SOI 6171 : *Approches de recherche qualitative*.
- Gendron, S., Lauzon, E., St-Denis, M., & Lévesque, S. (2005). Setting priorities for collaborative research in primary health services: a process to identify practice-based concerns. Soumis pour publication.
- Gilchrist, A. (1995). Abortion- who needs support? *Nursing Standard*, 10(11), 49.
- Gmeiner, A.C., Van Wyk, S., Poggenpoel, M., & Myburgh, C.P.H. (2000). Support for nurses directly involved with women who chose to terminate a pregnancy. *Curationis*, 23(1), 70-78.
- Goss, G.L. (2002). Pregnancy termination. Understanding and supporting women who undergo medical abortion. *AWHONN Lifelines*, 6(1), 46-50.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N.K. Denzin & Y.S.Lincoln (Eds), *Handbook of qualitative Research*. Thousand Oaks : Sage.
- Guilbert, E, Marcoux, S., & Rioux, J. (1994). Factors associated with the obtaining of a second-trimester induced abortion. *Canadian Journal of Public Health*, 85(6), 402-406.

- Haire, M.B. (2003). Patient care through pregnancy termination. *AWHONN Lifelines*, 7(4), 300.
- Henshaw, S.K. (1990). Induced abortion: a world review, 1990. *International Family Planning Perspectives*, 16(2), 59-65+76.
- Hopkins, N., Zeedyk, S., & Raitt, F. (2005). Visualising abortion: emotion discourse and fetal imagery in a contemporary abortion debate. *Social Science and Medicine*, 61 (2), 393-403.
- Huntington, A.D. (2000). *Blood, sweat and tears: women as nurses nursing women in the gynaecological ward- a feminist interpretive study*. PhD thesis. Victoria University of Wellington, Wellington.
- Huntington, A.D. (2002). Working with women experiencing mid-trimester termination of pregnancy: the integration of feminist knowledge in the gynaecological setting. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 273-279.
- Kero, A., Högberg, U., & Lalos, A. (2004). Wellbeing and mental growth-long-term effects of legal abortion. *Social Science and Medicine*, 58(12), 2559-2569.
- Le Moigne, J.-L. (1990). *La modélisation des systèmes complexes*. Paris: Dunod.
- Levac, R. (1986). Avortement: un choix moral à respecter. *Vie Ouvrière*, 4-5.
- Levy, R. (1994). Croyance et doute: une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Rupture, Revue Transdisciplinaire en Santé*, 1(1), 92-100.
- Lickiss, J.N. (2001). Approaching cancer pain relief. *European Journal of Pain*, 5 suppl.A, 5-14.
- Lynxwiler, J., & Wilson, M. (1994). A case study of race differences among late abortion patients. *Women & Health*, 21(4), 43-56.
- Marshall, C., & Rossman, G.B. (1989). *Designing Qualitative Research*. Newbury Park: Sage.
- Mueller, L. (1991). Second-trimester termination of pregnancy: Nursing care. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 20(4), 284-289.
- Neidhardt, A. (1986). Why me? Second trimester abortion. *American Journal of Nursing*, 86(10), 1133-1135.
- O'Connor, A. M., Jacobsen, M.J., & Stacey, D. (2002). An evidence-based approach to managing women's decisional conflict. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31(5), 570-581.

- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Poskiparta, M., Liimatainen, L., Kettunen, T., & Karhila, P. (2001). From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. *Patient Education and Counseling*, 45, 69-79.
- Provencher, H., & Fawcett, J. (1999). Les sciences infirmières: une structure épistémologique. Dans O. Goulet & C. Dallaire, *Soins infirmiers et société* (p.201-224). Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Purath, J., Miller, A.M., McCabe, G., & Wilbur, J.A. (2004). A brief intervention to increase physical activity in sedentary working women. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(1), 76-91.
- Reason, P. & Bradbury, H. (Eds.). (2001). *Handbook of action research-participative inquiry and practice*. London: Sage.
- Reeder, C.L. (1998). An invitational counselling approach to diabetes management. *Diabetes Educator*, 24(1), 49-50, 53.
- Rosal, M.C., Ebbeling, C.B., Lofgren, I, Ockene, J.R., Ockene, I.S., & Hebert, J.R. (2001). Facilitating dietary change; the patient-centered counselling model. *Journal of the American Dietetic Association*, 101(3), 332-341.
- Rosenfield, A. (1994). The difficult issue of second-trimester abortion. *The New England Journal of Medicine*, 331(5), 324-325.
- Santé Canada (1998). Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP). Périnatale : Avortements provoqués. Système canadien de surveillance périnatale.
- Shamash, J. (2002). Abortion: is it a step too far for nurses? *Nursing Times*, 98(28), 12.
- Sinclair, H.K., Bond, C.M. & Stead, L.F. (2004). Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1,CD003698.
- Soohbany, M.S. (1999). Counselling as part of the nursing fabric: where is the evidence? A phenomenological study using 'reflection on actions' as a tool for framing the 'lived counselling experiences of nurses'. *Nurse Education Today*, 19, 35-40.
- Statistique Canada. (1992). CANSIM. Institut canadien d'information sur la santé.
- Statistique Canada. (1996). Recensement 1996. Compilation réalisée par le Centre d'Intervention pour la Revitalisation des Quartiers (CIRQ).

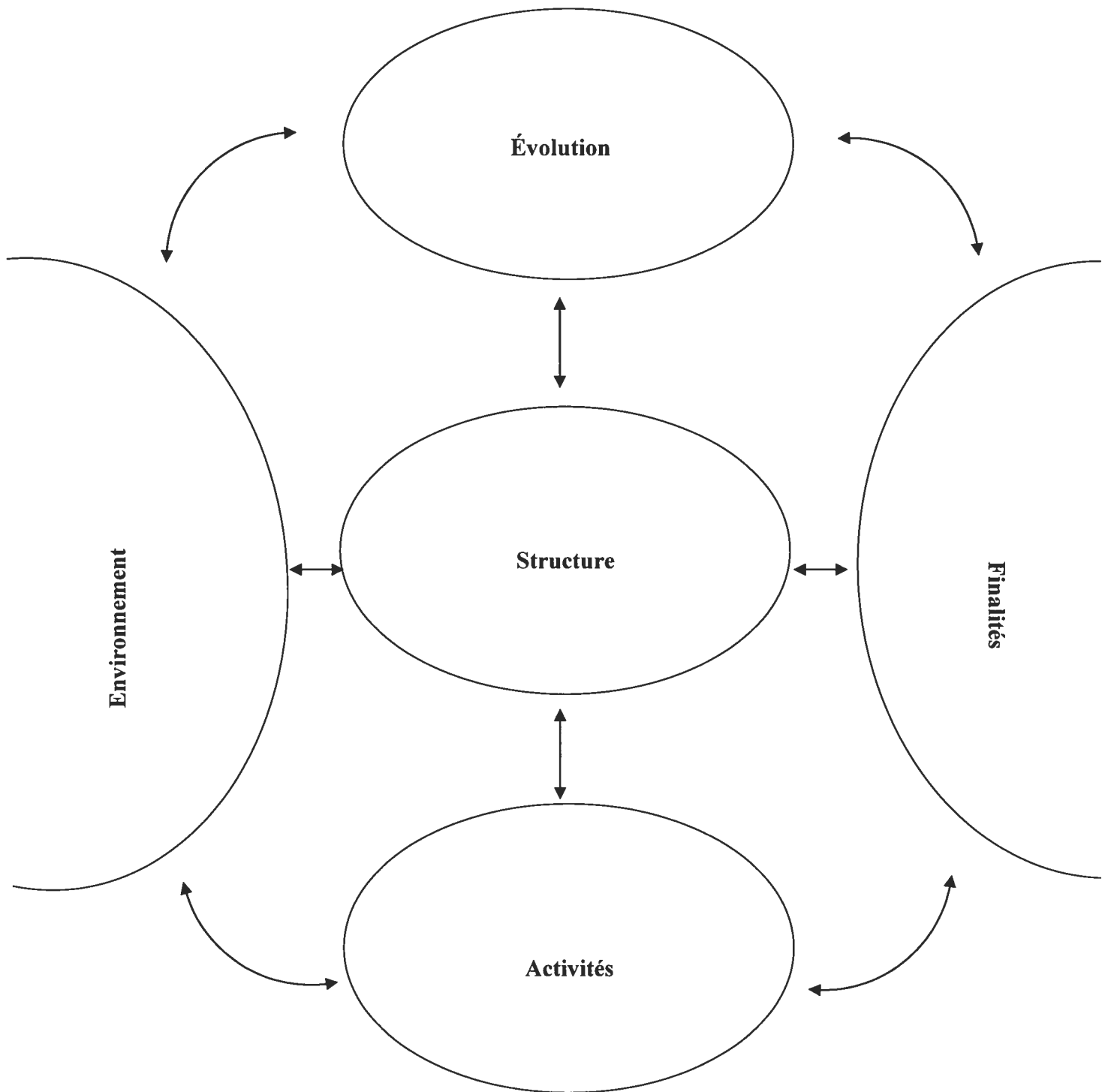
- Tesch, R. (1990). *Qualitative Research: analysis types and software tools*. New-York: Falmer Press.
- Torres, A., & Darroch-Forest, J. (1988). Why do women have abortions? *Family Planning Perspectives*, 20(4), 169-176.
- Urquhart, D.R., & Templeton, A.A. (1991). Psychiatric morbidity and acceptability following medical and surgical methods of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 98, 396-399.
- Walker, S. (2000). A nurse-led service for termination of pregnancy. *Professional Nurse*, 15(8), 506-509.
- Webb, C. (1985). Nurses' attitudes to therapeutic abortion. *Nursing Times*, 81(1), 44-47.
- White, B. (1996). Professional development. Termination of pregnancy: the role of nurse. *Nursing Times*, 92(15), suppl. 5-8.
- White, B., & Garbett, R. (1996). Professional development. Termination of pregnancy: revision notes. *Nursing Times*, 92(16), suppl. 9-12.
- Whittemore, R., Chase, S.K., & Mandle, C.L.(2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 11(4): 522-537.
- Williams, G.B. (2000). Grief after elective abortion. *AWHONN Lifelines*, 42(2), 37-40.
- Williams, C. (2005). Framing the fetus in medical work: ritual and practice. *Social Science & Medicine*, 60(9), 2085-2095.

Appendices

Appendice A

Modèle systémique (Le Moigne, 1990)

Modèle systémique
(Le Moigne, 1990)



Appendice B

Formulaire de consentement

Déclaration de responsabilité des chercheuses

Titre du projet de recherche

Modélisation du counseling infirmier pré-interruption volontaire de grossesse de deuxième trimestre dans des services de première ligne : une étude qualitative exploratoire.

Un projet évalué

Un comité scientifique de la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal a évalué ce projet de recherche, réalisé dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, à l'automne 2004 et y a soumis ses recommandations qui ont été appliquées.

Le but

Le but de cette recherche qualitative exploratoire est de produire une modélisation de la pratique du counseling infirmier auprès de femmes sollicitant une interruption volontaire de grossesse (IVG) de 2^{ème} trimestre dans des services de première ligne. Elle permettra de répondre aux questions de recherche suivantes : 1) À la lumière de leur expérience, quelles sont les pratiques de counseling pré-IVG 2^{ème} trimestre qui, selon ces infirmières, sont les plus aidantes? et 2) Quels sont les enjeux et défis du counseling pré-IVG 2^{ème} trimestre et 3) Comment les gèrent-elles? En plus de permettre de modéliser une pratique demeurant très peu explicitée dans les écrits en sciences infirmières, ces questions souligneront les défis devant être pris en compte dans la compréhension et le développement de cette pratique.

L'engagement des chercheuses

La chercheuse principale (l'étudiante-investigatrice), la directrice de ce projet de recherche et la personne clé du milieu sont responsables de son bon déroulement. Aussi, elles s'engagent à respecter les éléments énoncés au formulaire de consentement ci-joint.

Chercheuse principale

Signature : _____ Date : _____
Jeanne-Evelyne Turgeon, BSc. Inf.
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal

Directrice de recherche

Signature : _____ Date : _____
Sylvie Gendron, Ph.D.
Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Personne-clé du milieu

Signature : _____ Date : _____
X, BSc. Inf., de l'équipe des infirmières en IVG de l'établissement

**Modélisation du counseling infirmier pré-interruption volontaire de grossesse de deuxième trimestre dans des services de première ligne :
une étude qualitative exploratoire.**

QU'IMPLIQUE LA PARTICIPATION À CE PROJET DE RECHERCHE?

Nature de la participation sollicitée

- Nous sollicitons votre collaboration à titre de participante volontaire puisque vous répondez aux critères : au moins un an d'expérience à titre d'infirmière de l'équipe des IVG (avec expérience en IVG 2^{ème} trimestre), une habileté à s'exprimer en français et un intérêt pour le sujet de la recherche.
- Nous vous demanderons d'abord de remplir un questionnaire sociodémographique, puis de participer à une entrevue individuelle qui portera sur le thème du counseling infirmier pré-IVG de 2^{ème} trimestre. Nous mettrons l'accent sur les enjeux et défis de cette pratique tout autant que sur ses éléments positifs, c'est-à-dire ce qui fonctionne bien dans votre approche de counseling, selon votre expérience personnelle. Cette entrevue aura une durée approximative de 60 minutes et, avec votre permission, elle sera enregistrée sur bande audio. Vous recevrez à l'avance une courte liste des thèmes qui pourront être abordés afin de vous aider à vous y préparer, si vous le souhaitez.
- La transcription verbatim de votre entrevue vous sera remise personnellement et vous pourrez alors procéder à toutes modifications, retraites, ajouts ou nuances de vos propos. Vous serez alors à même de constater quelles données seront utilisées pour l'analyse et la synthèse.
- Vous serez aussi invitée à deux discussions de groupe; la première pour discuter de l'état d'avancement de la recherche et approfondir les analyses en cours, et, la deuxième pour raffiner la modélisation de la pratique à l'étude. Toute l'équipe des infirmières en IVG y sera conviée et non seulement les participantes rencontrées en entrevue.
- Les infirmières qui souhaiteront communiquer des propos et ne l'auront pas fait au moment des discussions de groupe pour quelque raison que ce soit bénéficieront de deux jours suivant ces discussions afin de contacter l'infirmière-investigatrice ou la personne-clé pour le faire.

Bénéfices potentiels de la participation à la recherche

Si vous participez à l'entrevue vous pourriez :

- Entamer ou poursuivre un processus de réflexion personnelle sur un aspect qualifié d'exigent de votre pratique professionnelle et ainsi prendre conscience des enjeux, défis et forces de votre pratique du counseling infirmier pré-IVG 2^{ème} trimestre;
- Soutenir l'effort dirigé à mieux comprendre un aspect de la pratique pour lequel votre équipe de travail a identifié le besoin.
- Contribuer à la recherche et au développement de mécanismes favorisant la reconnaissance et le soutien de pratiques professionnelles peu explorées.

Inconvénients pouvant découler de la participation à la recherche

Si vous participez à l'entrevue vous pourriez :

- Être mal à l'aise de discuter des défis que vous rencontrez dans votre pratique;
- Éprouver un bouleversement émotif à raconter des propos qui interpellent des situations vécues parfois difficiles et faire resurgir des émotions délicates à gérer dans de telles circonstances;
- Vous préoccuper des retombées que pourraient avoir les résultats de la recherche sur l'organisation du travail de votre équipe.

Mesures prises pour gérer les risques ou diminuer les effets négatifs de la recherche

- Les mesures envisagées dans cette étude tentent de limiter au minimum les risques d'atteinte à la vie privée de tous les participants. Dans les limites habituelles de ce type de projets, toutes les précautions seront prises pour s'assurer de la confidentialité des données recueillies et de l'anonymat des personnes et des établissements dans la publication des résultats.
- Les transcriptions de verbatims des entrevues, les bandes audio et les questionnaires sociodémographiques ne comporteront aucun nom (ils seront dénominalisés et un code sera utilisé dès le tout début de la procédure pour identifier la participante. La correspondance au nom réel ne sera connu que de l'infirmière-investigatrice).
- Les discussions de groupe porteront sur la synthèse des analyses des entrevues; aucun propos individuel ne sera identifiable.
- Les propos recueillis pour fin d'analyse concerneront essentiellement ceux qui ont trait à la pratique professionnelle du counseling et non ceux qui réfèrent à la gestion personnelle des défis rencontrés.
- Les participantes rencontrées donneront leur approbation individuelle de l'analyse en cours préalablement aux discussions de groupe.
- Les données seront recueillies par une personne extérieure au milieu, soit l'étudiante-investigatrice.
- Toutes les données (soit les bandes audio, les questionnaires sociodémographiques et les transcriptions de verbatims) seront conservées sous clé dans un bureau de l'Université de Montréal.
- Les documents écrits seront détruits à l'aide d'une déchiqueteuse et les cassettes audio seront démagnétisées, une fois les délais de conservation légale expirés.
- La chef de programme est tenue informée de tout le déroulement du projet de recherche de sorte à minimiser les retombées négatives sur l'organisation du travail (aucune donnée individuelle ne lui est révélée).

Participation volontaire et retrait de l'étude

- Votre participation est libre et volontaire. Vous pouvez aussi refuser de répondre à certaines questions et vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à vous justifier. Il vous suffira de mentionner votre décision à l'une des deux chercheuses (l'étudiante-investigatrice : Jeanne-Evelyne Turgeon ou la directrice de cette recherche : Mme Sylvie Gendron), ou à notre collaboratrice du milieu,

votre collègue Mme Monique Lafrance. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'engendrera aucun préjudice à votre égard.

Utilisation des résultats

- Ce projet de recherche se déroulera durant l'hiver 2004 et le printemps 2005.
- Les résultats de cette recherche conduiront à la création d'un modèle qui servira à réfléchir la pratique afin d'orienter et de soutenir les réflexions des infirmières concernant les défis du counseling pré-IVG 2^{ème} trimestre.
- Les résultats de cette recherche seront publiés dans un mémoire de maîtrise et possiblement dans un article. Avant sa publication, cet article sera soumis à l'équipe pour approbation et discussion. Les idées émergentes à ce moment pourront être intégrées dans la section "discussion des résultats".
- Une activité de transfert des connaissances sera prévue dans l'équipe à la fin du projet.

Évaluation éthique

- Le présent projet a été soumis pour évaluation au Comité d'éthique de la recherche de l'établissement concerné.

Plaintes ou besoin de soutien

- Les participantes pourront signaler toute plainte ou besoin de soutien additionnel à la directrice de la recherche (Mme Sylvie Gendron) ou à la collaboratrice du milieu, Mme X, qui s'assureront de prendre les dispositions nécessaires.
- Si vous éprouvez le besoin de verbaliser suite à l'entrevue, vous pourrez faire appel gratuitement au programme d'aide aux employés (PAE) de votre établissement. Le numéro de téléphone est le suivant : (514) 843-7009.

Informations complémentaires

Pour tout besoin additionnel d'information, on peut s'adresser à :

La chercheuse principale :

Jeanne-Evelyne Turgeon

- par téléphone : (450) 978-2000 # 2019
- par courriel : [REDACTED]

La directrice de recherche :

Mme Sylvie Gendron

- Par téléphone à l'Université de Montréal : (514) 343-6111 poste 8853
- Par courriel : [REDACTED]

Ou à la personne-clé du milieu :
Mme X

- En personne ou
- Par téléphone ou boîte vocale : (xxx) xxx-xxxx poste xxxx

FORMULAIRE D'ADHÉSION À L'ÉTUDE
 Modélisation du counseling infirmier pré-interruption volontaire de grossesse
 de deuxième trimestre dans des services de première ligne :
 une étude qualitative exploratoire.

Je, soussigné(e),

(NOM EN LETTRES MOULÉES)

déclare que

(NOM EN LETTRES MOULÉES)

m'a expliqué la nature, les objectifs et le déroulement du projet de recherche ainsi que le caractère anonyme et confidentiel des informations recueillies. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'en a remis un exemplaire. Je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. On m'a accordé un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision. Dans ces conditions :

- J'accepte librement et volontairement de participer à ce projet de recherche. Je demeure libre de refuser de répondre à certaines questions ou de me retirer de l'étude en tout temps, sans préjudices d'aucune sorte.

Oui Non

- J'accepte que l'entrevue soit enregistrée sur support audio :

Oui Non

(SIGNATURE DE LA PARTICIPANTE)

Je, soussignée,

(NOM EN LETTRES MOULÉES)

certifie avoir expliqué à la participante identifiée ci-dessus les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'elle m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus sans aucun préjudice.

(signature du responsable de l'obtention du consentement)

Fait à _____,

, le _____.

M E R C I !

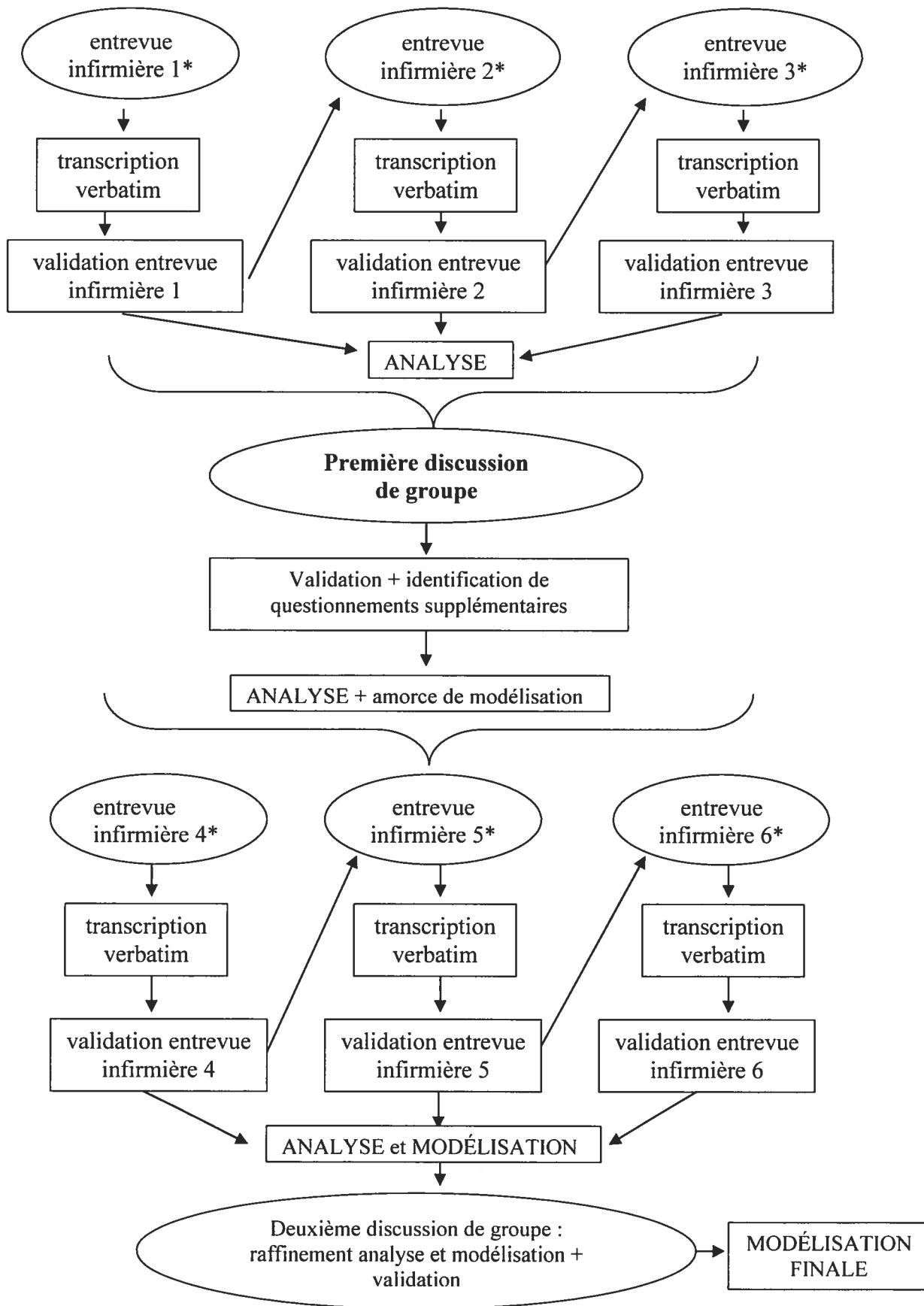
Appendice C

**Questions des entretiens semi-dirigés avec les infirmières,
en relation avec les questions de recherche et le but de l'étude**

BUT	Q. de RECHERCHE	Q. des ENTRETIENS
MODÉLISER LE COUNSELING INFIRMIER PRÉ-IVG DE 2^{ÈME} TRIMESTRE	1-Quelles sont les pratiques aidantes?	-Qu'est-ce qui fonctionne bien pour vous dans votre counseling pré-IVG de 2 ^{ème} trimestre? -Quel est votre <i>pattern</i> , votre scénario privilégié?
		-Racontez-moi un exemple où vous avez senti que votre intervention était aidante; une histoire de cas dont vous êtes fière.
	2-Quels sont les défis?	-Quels sont les défis que pose pour vous le counseling pré-IVG de 2 ^{ème} trimestre?
		-Parlez-moi d'une situation de counseling pré-IVG de 2 ^{ème} trimestre où vous avez rencontré des défis importants.
	3-Gestion des défis	-Comment les avez-vous gérés?
		-Qu'est-ce qui vous semble le plus aidant pour arriver à gérer les défis que vous rencontrez en counseling pré-IVG de 2 ^{ème} trimestre ?

Appendice D

Schéma de la collecte/analyse itérative des données



* Plus le questionnaire sociodémographique et les notes d'observation.

Appendice E

Questionnaire sociodémographique pour les infirmières participantes

Questionnaire sociodémographique pour les infirmières participantes

1. Votre âge ? :
- a. 20-30 ans
 - b. 31-40 ans
 - c. 41-50 ans
 - d. plus de 50 ans
2. Votre sexe? : **M** **F**
3. Nombres d'années d'expérience à titre d'infirmière? :
- a. Moins de 2 ans
 - b. 2 à 5 ans
 - c. 5 à 10 ans
 - d. Plus de 10 ans
4. Nombres d'années d'expérience dans l'équipe des IVG de ce CLSC?
- a. Entre 1 et 2 ans
 - b. 2 à 5 ans
 - c. 5 à 10 ans
 - d. Plus de 10 ans
3. Avez-vous, dans le cadre d'un autre emploi, été impliqué(e) dans d'autres types d'activités de counseling infirmier?
- Oui Non

Si oui, dans quels types d'activités de counseling?

Appendice F

Exemple d'un extrait de verbatim et notes d'observation et réflexions

**Transcription verbatim
code # 52 validée 9 mars 05**

Qu'est-ce que tu trouves le plus difficile dans ta pratique de counseling pré-IVG 2^{ème} trimestre?

C'est d'être exposée de façon répétitive et continuelle au fait de « mettre un terme à une vie ». Je trouve que c'est difficile de collaborer, au quotidien, à interrompre des vies. Ça m'interpelle en tant que personne.//

Je me demande parfois où je me situe dans le Grand cycle de la Vie...//

Et ça c'est particulièrement vrai en ce qui concerne le deuxième trimestre, c'est plus difficile encore.//

Et...je ne voudrais pas terminer ma carrière comme ça, en mettant fin à des vies...//

L'idéal serait de travailler à mi-temps aux IVG et à mi-temps dans un autre domaine...

Par contre, je suis persuadée de faire un travail très utile d'aider des femmes à vivre le mieux possible une expérience de vie importante pour elles; de faire une différence à ce niveau là.//

Et je crois profondément que les femmes ont le droit de choisir de vivre ou non une grossesse au moment où elles se sentent prêtes.//

Transcription de notes d'observation + réflexions

Insistante sur ce point.
C'est l'exposition répétitive qui est difficile

Réflexions métaphysiques: sa place, son rôle dans la vie

Fin de carrière non souhaitée aux IVG re : défis

Trouve des satisfactions qui compensent les difficultés

Appendice G

Exemple d'une page du journal de bord

Journal de bord Janvier 2005

Mardi le 11 janvier 2005

Discussion téléphonique avec la personne clé du milieu

- Puisque je lui avait demandé conseil pour ma journée de congé (durant laquelle j'irais au CLSC) afin de pouvoir rejoindre l'équipe avec le moins de contraintes possibles, elle me confirme que le mercredi serait une bonne journée.
- Nous convenons que j'irai demain faire un tour, elle me met toutefois en garde que la charge de travail est très grande au retour des Fêtes et que les infirmières seront très occupées. Qu'à cela ne tienne, j'irai tout de même faire acte de présence pour qu'elles me voient et tenter de rejoindre une ou deux infirmières moins occupées.
- Elle me transmet ses commentaires concernant les modifications faites au protocole à présenter au CÉR. Ils sont très positifs et elle semble satisfaite des modifications apportées. Elle ajoute que le texte est très clair et bien détaillé mais à la fois bien synthétisé.
- Elle me recommande une petite correction (p.6 : les infirmières ne font pas les dépistages ITSS).
- Nous discutons ensuite des quelques ajustements qu'elle avait préalablement notés sur les quatre premiers chapitres (présentés au comité d'approbation). Je prends bonne note des nuances amenées.
- Elle propose, dans la problématique quand je décris le milieu et la problématique dans le milieu, que j'ajoute certains éléments qui le caractérisent fortement et en font un si particulier : les portes sécurisées avec cartes magnétiques, les agents de sécurité, l'aspect crucial de la confidentialité face à la patiente (+ messages téléphoniques au domicile). + défis propres à leur milieu : violence palpable, menaces des conjoints, appels à la bombe, crainte d'homicide (des md ont déjà été tués pour cette cause ailleurs au Canada et au É-U). Au 2^{ème} trimestre, les groupes Pro-Vie sont d'autant plus alarmés et réactionnaires. Violence parfois même sentie dans leur propre milieu de travail face à des collègues d'autres secteurs (regards accusateurs, peu de reconnaissance sociale, parfois sentiment de condamnation sociale, se faire sentir comme une meurtrière..).
- J'ajouterai donc (prudemment) certains éléments et ferai relire leur formulation par elle et Sylvie.
- Je conviens que je tenterai d'aller la voir demain mais m'abstiendrai si elle est occupée. Je lui redonnerai des nouvelles la semaine prochaine.

Appendice H

Exemple d'une page du lexique alphabétique de codes

CODES	DÉFINITIONS	VERBATIMS
Accepter	Donner son accord, reconnaître, être d'accord.	C33 « les ados, t'attends rien en retour, mais ça c'est correct, y'a pas de problème » C33 « la notion de mensonge, dans lequel les petites filles doivent jouer pis c'est pas facile non plus, mais quand on comprend pourquoi, ben, c'est correct »
Accompagnement	Être avec quelqu'un, le suivre dans une situation. Lorsque la femme est soutenue par un proche pour faire face à la décision ou la procédure d'IVG.	C12-13 « ce que j'aime, ce que j'ai besoin c'est d'avoir au moins une personne avec la jeune. Parce qu'on a des adolescentes, si elle repart toute seule avec des tiges dans son col » C13-14 « elle arrive pis elle était toute seule! Bon comment ça s'est fait, tu m'avais dis, que telle personne pouvait venir avec toi. Des fois c'est même le chum qui veut pas venir. Ça s'est pas, là, moi j'insiste. Là, dans ce cas là, je sais qu'il pouvait pas, en tous cas c'était mieux qu'il vienne pas. Quand ils peuvent venir j'insiste, j'dis : si toi tu ne viens pas il va y avoir un bébé. Alors dis-lui que lui aussi il doit être là; il doit être présent j'ai besoin que tu ne retournes pas chez toi toute seule » C14 « ça peut être une mère, ça peut être une amie, ça peut être une tante, ça a pas d'importance pour moi, mais qu'elle soit pas seule pour recevoir cette information là. Surtout pour le 2 ^{ème} trimestre. Pour moi ce serait une différence ça : notions de tiges et de départ toute seule avec des tiges dans son utérus » C15 « De façon générale, j'va dans la salle d'attente, j'appelle, disons, Nathalie. Bonjour Nathalie. Soit Nathalie se lève seule, soit Nathalie se lève avec 3 personnes autour d'elle. Là elle me dit : est-ce qu'ils peuvent venir? J'leur dit : c'est toi qui décide. Souvent elles arrivent 4, mais elles arrivent des fois 2, ou avec la mère, ou avec le chum » C21 « y'aurait fallu qu'elle soit accompagnée d'un adulte. Pis personne jouait ce rôle là. Je pouvais pas aller la chercher chez elle, quand même » C23 « finalement, la tante l'a amené d'urgence. Le rendez-vous c'était, j'pense, le lendemain. Elle a eu son avortement » C28 « personne, pour les tiges, qu'elle soit avec elle »
Adolescence	Période de la vie comprise entre 13 et 18 ans caractérisée par une remise en question, un développement de l'indépendance et de l'identité. Concerne le type de clientèle rencontrée par les infirmières dans le secteur Jeunesse aux IVG.	C20 « avec une adolescente en crise d'adolescence qui est rebelle par rapport à tout ce qui est adulte. Donc même avec moi. Et pis qui est fâchée contre le fait de devoir avoir un avortement mais qui doit en avoir un. C'est typique de l'adolescence. Ça a été vraiment un gros gros cas » C30 « l'examen gynécologique, ça c'est effrayant. Plus précisément à l'adolescence parce que y'ont jamais eu d'examen » D22 « encore plus dans l'adolescence parce que c'est un terrain propice à ça, elles aiment ça. Les adultes aiment pas toujours ça. Mais moi je suis très maternelle. Mais ça dépend, y'a un groupe d'âge là, qu'elles veulent rien savoir. Y'a du monde qui n'aime pas ça. Même les adolescentes, y'en a qui n'aiment pas ça »

Appendice I
Exemple de mémos interprétatifs

Mémos interprétatifs à partir du processus de catégorisation

Catégorie : Les intervenantes : composantes du counseling

La sous-catégorie *La pratique/ buts du counseling*

Mots-clé : relation d'aide / centrer sur la patiente

Verbatim représentatif : B9 « *Je les laisse libres d'exprimer toutes leurs émotions. Je veux qu'elles sentent que c'est la place pour ça; on permet ça, on comprend et on accepte ses émotions* »

- On remarque que les aspects traités dans cette sous-catégorie font davantage référence à la nécessité de se centrer sur le « ici et maintenant » et caractérisent presque exclusivement la relation d'aide pour la patiente.
- Fait très peu état des aspects techniques, même lorsqu'il est question des éléments prescriptifs, soit lorsque les infirmières parlent davantage de leur pratique en termes de « ce qu'il faut faire ».
- Nous démontre un peu que la pratique des infirmières ne semble pas suivre le modèle traditionnel de counseling centré sur l'infirmière, où celle-ci est davantage en situation de supériorité par rapport au client et doit lui enseigner et conseiller selon « son » expertise à elle, ce « qu'elle » croit être bien. En fait, l'approche verbalisée par les infirmières ressemble davantage au *empowermental health counsleing* (Poskiparta & al, 2001), soit ce modèle qui tend à partir et ce centrer sur le client. Tout comme le modèle McGill, ce dernier modèle utilise les connaissances et valeurs du client pour l'intervention de l'infirmière, pour formuler des questions ouvertes, faire verbaliser, conseiller.
- Par contre, on retrouve néanmoins des éléments techniques de « ce qu'on doit faire », i.e parler de la contraception, des actes techniques (prise de sang, écho...). Cependant, ceux-ci semblent effacés au profit des éléments qui se centrent sur la patiente. Tout indique alors que les techniques sont reléguées au plan secondaire pour le counseling pré-IVG de 2^{ème} trimestre et que le gros morceau, en fait, c'est l'aspect relationnel et psychologique.

La sous-catégorie *Les patterns*

Mots-clé : les besoins de la cliente, l'individualité de la cliente.

Verbatim représentatif : F16 « *J'ai toujours pris les filles où elles sont, avec ce qu'elles sont, ce qu'elles ont à dire. J'y vais selon elles* »

- Encore une fois, on note que les éléments des patterns ne nous parlent pas de ce que l'infirmière croit qu'elle devrait faire, ce qui lui a été enseigné, ce qu'elle veut que la cliente sache en sortant du bureau mais bien, de la cliente elle-même. préoccupations à elle, pourquoi elle est ambivalente (les pours et les contres qui s'appliquent à elle) et ce, au cas par cas.

Appendice J

Exemples de mémos descriptifs

Mémos descriptifs se rapportant à la construction itérative de l'analyse ¹³

- Les colonnes doivent être considérées uniquement en terme vertical, (ne pas prendre en considération les lignes en terme de lien horizontal). Les colonnes représentent des sous-catégories de la grande catégorie identifiée au marqueur jaune, rassemblée en une seule page.
- Les codes de colonne en bleu indiquent qu'il s'agit d'un code textuel puisé dans le lexique de code. Les autres (en noir) indiquent un mot clé ou une expression qui contient plusieurs codes du lexiques et qui correspond à une idée importante créant la sous-catégorie qui se rapporte à la catégorie.

Page 1:

Les intervenantes : Facteurs du counseling

- Les idées résumées dans la colonne **la pratique**, font référencent aux verbatims du lexique de codes ayant été codés comme tout ce qui se rapporte à la façon générale dont la pratique s'exprime : on remarque qu'elles concernent essentiellement 2 aspects du counseling pré-IVG :
 - A) Celui se rapportant à la communication efficace du counseling (Paul, Lichtenberg, Borgatta, Grimes & Stubblefield, 1999) et
 - B) Celui se rapportant à des éléments prescriptifs caractéristiques du counseling : ce qu'on doit faire.
- La 2^{ème} colonne de la page 1 présente **les patterns** des intervenantes : leur façon de faire, ce qu'elles appliquent de façon généralement récurrentes dans leurs entrevues pré-IVG. Les trois lignes représentent chacun des patterns respectifs des trois participantes interrogées jusqu'à maintenant.
- La 3^{ème} colonne présente les **techniques utilisées**, c'est à dire les codes (et non des verbatims contrairement aux autres sous-catégories) qui réfèrent à des verbatims expliquant une technique particulière et précise mise de l'avant par l'intervenante durant le counseling. Ce que leur apprend l'expérience.
- La 4^{ème} colonne, toujours en lien avec les facteurs du counseling identifie des **le counseling pré-IVG 2^{ème} trimestre**, donc les aspects qui distinguent les préoccupations spécifiques au counseling 2^{ème} trimestre, relativement à celui portant sur le pré-IVG du 1^{er} trimestre.

¹³Le tableau dont il est question dans ces mémos descriptifs est présenté, en partie, à l'appendice K.

Appendice K

Exemple d'une page du tableau des catégories

Les intervenantes : Composantes du counseling

Catégorie 1

La pratique/ buts du counseling	Les patterns	Les techniques utilisées	L'attitude
<p>Communication efficace : Ne pas juger Créer un climat de confiance Faire sentir aux femmes qu'elles peuvent ventiler et exprimer leurs émotions Enlever ou amoindrir leur stress Faire sentir la liberté d'expression Prendre le temps d'expliquer Normaliser la peine et autres émotions/déramatiser Trouver un équilibre dans la prise de conscience par rapport à l'IVG Rassurer (toucher) Établir des stratégies pour les aider dans les peurs S'assurer de la clarté de la décision Observer le non-verbal Accompagner les femmes dans leur décision + « aller les chercher » et les aider à voir ce qu'elles peuvent faire</p>	<p>1)expliquer l'intervention 2)répondre aux questions et préoccupations</p> <p>1)se présenter 2) explications sommaires 3)aller tout de suite aux préoccupations</p> <ul style="list-style-type: none"> pas de pattern, pas de recette ne parle pas du foetus d'emblée parler des techniques; informer de la durée de l'entretien selon son intuition <p>être assise près de la pte, la regarder dans les yeux, lui demander de raconter sa vie Ne suit pas le questionnaire Poser des Q ouvertes très larges</p> <p>Est-ce que tu sais depuis combien de temps t'es enceinte? Est-ce que ça a été difficile pour toi de réfléchir à ça?</p> <p>Pas trop de stratégie, cas par cas Investiguer les pours et les contres pour les ambivalentes (avoir une 1^{re} idée du pourquoi)</p> <p>Vérifier si la décision est claire Rester molle et calme devant l'agressivité Va dans le sens de la fille, Selon ce qu'elle a le goût de lui parler suivre comment elle se sent, là où elle est, avec ce qu'elle est À la recherche d'émotions Poser à maintes reprises la Q si sa décision est claire</p>	<p>Le reflet L'humour Le renforcement</p> <p>« Mettre des mots » sur les émotions/ nommer (pour ne pas se sentir impuissante; pour comprendre; pour humaniser l'expérience)</p> <p>Rassurer (apaiser ses peurs, rassurer ses proches)</p> <p>La projection (amène parfois à comprendre la décision, amène parfois à prendre conscience qu'elles ne sont pas à leur place aux clientes)</p> <p>Centrer la patiente sur ses raisons</p>	<p>On fait avec notre personnalité</p> <p>Le pouvoir important dans le contact qu'on crée avec la cliente</p> <p>Avoir l'air relaxe</p> <p>Attitude de non jugement</p> <p>Attitude de respect</p> <p>Entre l'empathie et la sympathie</p> <p>Attitude parfois + neutre quand on ne dispose pas de toutes les données</p> <p>Ouverture d'esprit</p>
<p>Éléments prescriptifs : Démontrer de la disponibilité (par téléphone, si elles ont d'autres questions) Observer la complicité entre conjoints Traiter de la contraception (tentier d'éviter les récitives d'IVG et de sensibiliser celles qui en ont plusieurs) Informer et effectuer les actes techniques (prise de sang, écho) Procéder selon la personnalité de la patiente en considérant sa propre personnalité</p>			