

**TRAVAIL DE FIN D'ETUDES**

**L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE**

**UN ACTE EMPLI D'EMOTION**

**GOLLIARD Mylène**

**Promotion : 2016-2019**

Croix-Rouge Française  
IRFSS Auvergne Rhône-Alpes  
Site de VALENCE



**TRAVAIL DE FIN D'ETUDES**

**L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE**

**UN ACTE EMPLI D'EMOTION**

**GOLLIARD Mylène**

**Promotion : 2016-2019**

Croix-Rouge Française  
IRFSS Auvergne Rhône-Alpes  
Site de VALENCE

*« On ne choisit pas les émotions qui nous bouleversent, c'est instinctif, spontané et jamais calculé. »*

Graham GREENE

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie ma guidante, Madame NABAIS-JORGE, pour sa disponibilité, sa patience et ses remarques pour la réalisation de ce travail.

Je remercie mes référentes pédagogiques, Madame VAIR et Madame AMRAM, pour leur suivi, leur écoute et leur bienveillance durant ces trois années de formation.

Je remercie mes parents, pour tout : leur confiance, leur soutien et leurs nombreux encouragements. Merci papa pour la relecture.

Je remercie ma meilleure amie, Ornella. Merci d'avoir toujours été présente pour moi, malgré la distance. Merci pour ton écoute, tes mots, tes encouragements et la confiance que tu as en moi.

Je remercie Elise pour tous les moments passés ensemble depuis que j'ai tenté le concours d'entrée. Merci pour ton soutien et ton aide si précieux, pour tes mots qui ont su me relancer dans les moments difficiles.

Je remercie mes copines de promo, Charlotte et Mélanie, pour notre trio, nos moments de sérieux mais aussi de décompression et de rires. Merci pour ces trois années à vos côtés.

Un dernier remerciement à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Valence, à ses formateurs, aux professionnels de santé et aux patients rencontrés au cours des différents stages pour avoir confirmé que le métier d'infirmière est fait pour moi.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
<b>1 SITUATION D'APPEL .....</b>	<b>2</b>
1.1 Description de la situation .....	2
1.2 Analyse de la situation.....	4
1.3 Question de départ .....	9
<b>2 CADRE THEORIQUE .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 L'interruption volontaire de grossesse .....</b>	<b>10</b>
2.1.1 Définitions .....	10
2.1.2 Histoire, législation et généralités .....	10
2.1.3 La prise en charge médicale et paramédicale de l'IVG.....	12
2.1.4 La vision de la société face à l'IVG .....	13
<b>2.2 Les émotions.....</b>	<b>15</b>
2.2.1 Etymologie et définitions .....	15
2.2.2 Les émotions du soignant .....	15
2.2.3 La gestion des émotions .....	17
<b>2.3 L'accompagnement .....</b>	<b>20</b>
2.3.1 Etymologie et définitions .....	20
2.3.2 Du soin au « prendre soin » .....	21
2.3.3 L'accompagnement infirmier .....	22
<b>2.4 Synthèse du cadre théorique.....</b>	<b>23</b>
<b>3 CADRE EMPIRIQUE .....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Méthodologie d'enquête.....</b>	<b>25</b>
3.1.1 Choix de l'outil.....	25
3.1.2 Choix du lieu et de la population cible .....	26
<b>3.2 Réalisation de l'enquête .....</b>	<b>26</b>
3.2.1 Demande d'autorisation d'enquête.....	26
3.2.2 Déroulement des entretiens .....	27

3.2.3	Auto-évaluation et critiques des entretiens.....	28
<b>3.3</b>	<b>Analyse des données de l'enquête empirique et confrontation avec le cadre théorique.....</b>	<b>29</b>
3.3.1	Stratégie d'analyse.....	29
3.3.2	Premier thème : les émotions .....	30
3.3.3	Deuxième thème : l'accompagnement .....	33
3.3.4	Troisième thème : l'interruption volontaire de grossesse.....	35
<b>3.4</b>	<b>Synthèse du cadre empirique .....</b>	<b>36</b>
<b>4</b>	<b>NOUVELLES PERSPECTIVES .....</b>	<b>37</b>
<b>4.1</b>	<b>Problématique.....</b>	<b>37</b>
<b>4.2</b>	<b>Hypothèses.....</b>	<b>37</b>
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>38</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>39</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>43</b>

# INTRODUCTION

Il y a trois ans, j'effectuais ma rentrée en IFSI<sup>1</sup>. Cette formation a résonné en moi comme une aventure humaine incroyable remplie d'une richesse que je n'aurais jamais soupçonné à ce point. Trois années partagées entre de nombreuses heures passées à l'école afin d'assimiler diverses connaissances et sept stages pour pouvoir mettre à profit la théorie apprise face aux équipes et aux patients. Passant par une multitude de rencontres, de professionnels, de patients et de situations toutes aussi singulières les unes que les autres, mon envie de devenir infirmière s'est confirmée au fil de la formation. Malgré les nombreux doutes et remises en question, mon identité professionnelle s'est construite petit à petit, durant ces trois années.

Dans le cadre de ma dernière année d'études, il m'est demandé de construire un travail d'initiation à la recherche.

L'élaboration de ce travail commencera par la description d'une situation d'appel qui m'a interrogée. Elle sera le point de départ de la rédaction de ce mémoire. Après l'avoir analysée, une question de départ en sera tirée.

Par la suite, je développerai un cadre théorique avec trois concepts liés à ma problématique : l'interruption volontaire de grossesse, les émotions et l'accompagnement.

Pour continuer, j'élaborerai le cadre empirique de ce travail grâce à deux entretiens semi-directifs menés auprès de deux infirmières. Cela me permettra de confronter la théorie rédigée en amont et la pratique.

Pour terminer, j'ouvrirai ce travail à de nouvelles perspectives en dégagant une nouvelle problématique ainsi que des hypothèses.

---

<sup>1</sup> Institut de Formation en Soins Infirmiers

# 1 SITUATION D'APPEL

## 1.1 Description de la situation

Dans le cadre de ma deuxième année de formation à l'IFSI, j'ai suivi durant le semestre 3 un stage en UCA<sup>2</sup>.

Durant ces dix semaines de stage, j'ai croisé de nombreux patients et au cours de la septième semaine, j'ai accueilli Melle A, 23 ans, entrant dans le service pour une IVG<sup>3</sup>. C'est sa sixième IVG et elle est dans sa dixième semaine de grossesse (soit douze SA<sup>4</sup>). Elle est accompagnée par sa mère qui connaît la situation et le nombre d'IVG que sa fille a déjà fait pratiquer.

Comme pour toute intervention chirurgicale, avant d'entrer dans la chambre de la patiente je consulte, avec l'infirmière, le dossier médical de la patiente afin de connaître les raisons de cette IVG et le compte-rendu de la consultation avec le médecin anesthésiste. J'observe également les échographies liées à sa grossesse actuelle. L'embryon a ses deux mains et deux pieds formés. A ce moment précis, l'infirmière se met à pleurer et me demande de réaliser seule l'entrée de Melle A. Elle m'avertit également qu'elle va aller demander à la seconde infirmière du service de prendre la patiente en soin car elle ne souhaite pas s'en occuper.

J'accepte et entre donc seule dans la chambre de Melle A. Elle est allongée sur son lit et sa mère reste en retrait, assise sur une chaise. Je réalise la préparation pré-opératoire de Melle A avant sa descente au bloc. Pour commencer, je mesure ses paramètres vitaux, ensuite je récupère les documents administratifs qu'elle a préalablement remplis, puis je lui donne un comprimé de Misoprostol (Cytotec®) comme le protocole du service l'indique. Je lui tends un verre d'eau et lui explique que : « ce médicament va permettre à votre col de l'utérus de se dilater, pour pouvoir expulser l'embryon au mieux. Il permettra également de préparer votre col avant que le médecin n'insère la canule ». Melle A m'explique connaître le processus de préparation, et

---

<sup>2</sup> Unité de Chirurgie Ambulatoire

<sup>3</sup> Interruption Volontaire de Grossesse

<sup>4</sup> Semaines d'Aménorrhée

que maintenant elle est habituée. Tout en regardant son téléphone portable, elle m'explique que c'est sa sixième IVG. Sa mère qui est au fond de la chambre, la regarde puis me regarde en hochant la tête d'un signe positif. La patiente reste sur son téléphone. Malgré tout, je lui adresse un sourire ainsi qu'à sa mère et lui demande de patienter jusqu'à ce qu'un brancardier vienne la chercher, d'ici une heure environ, pour la conduire au bloc opératoire. Je lui dis également que je repasserai avant son départ pour le bloc, afin de mesurer à nouveau ses paramètres vitaux. Je lui indique qu'elle ne doit pas hésiter à sonner en cas du moindre besoin. Elle me répond : « ouais ouais ça ira. » Je sors de la chambre.

A cet instant, elle ne me semble pas touchée par sa situation. Je m'interroge même sur une éventuelle forme de déni. Quelques instants après mon premier passage, je retourne auprès de Melle A pour de nouveau effectuer sa surveillance clinique. Je la retrouve en larmes, assise au bord de son lit. Je constate que sa mère a quitté la chambre. Je m'installe auprès d'elle pour lui demander ce qui lui arrive et où est sa mère. Elle me répond « elle est partie chercher un café, moi j'ai envie d'aller fumer une cigarette et puis ça me saoule d'être ici, à chaque fois c'est la même chose ».

Je la questionne alors sur ses IVG antérieures. Elle me répond qu'à chaque fois qu'elle vient ici c'est en raison de l'oubli de contraceptif et que ça ne l'a jamais rendue si triste de devoir réaliser une IVG. Elle se confie davantage. Elle m'explique que cette fois c'est « différent » car elle aime son compagnon, qu'elle en a marre de ces interventions et qu'elle aimerait, au moins une fois, rendre ses parents fiers d'elle. Je comprends alors que contrairement à ce qu'elle avait pu montrer lors de mon premier passage, sa situation l'affecte. Elle ajoute : « je n'ai jamais été si triste de devoir faire une IVG ». J'en conclus que Melle A a pleinement conscience de l'intervention qu'elle va subir, qu'elle n'y est pas indifférente et qu'au-delà de tout cela, son rapport avec ses parents est remis en question. Et si cette IVG venait impacter la relation qu'elle a avec eux ? Que vont-ils penser d'elle ? La patiente exprime sa peine de ne pas parvenir à rendre ses parents fiers d'elle et de ne pas avoir pu garder son ex-compagnon avec qui elle pensait construire une vie de famille. Assise à ses côtés, je me retrouve légèrement prise au piège, ne sachant pas quoi dire ou répondre. Je la regarde et tente de la rassurer : « ça va aller, ne vous inquiétez pas, vous finirez par y arriver vous verrez ». Je décide de sortir de la chambre, plutôt mal à l'aise par ce que je viens d'observer et d'entendre.

Ma posture de future soignante vient d'être bouleversée : je n'ai pas su apporter suffisamment de réconfort à Melle A. Face à l'embarras causé par cette situation et la peur de ne pas savoir quoi dire, je décide de quitter la pièce, sans me rendre compte sur le moment, que je viens de ne pas respecter ma conception de l'accompagnement des patients.

## **1.2 Analyse de la situation**

Après avoir décrit la situation choisie pour amorcer ce travail de fin d'études, je vais rédiger son analyse pour permettre l'émergence des principaux questionnements.

Lors de cette situation, je connaissais de manière très satisfaisante l'unité de chirurgie ambulatoire puisqu'il s'agissait de la septième semaine du stage qui en comptait dix. Le fonctionnement du service, l'accueil des patients, leur prise en soin et la collaboration avec l'équipe paramédicale et médicale étaient autant d'éléments avec lesquels j'avais pu longuement me familiariser durant les semaines écoulées. J'avais déjà connaissance de la prise en soin d'une patiente entrant dans le service pour la programmation d'une IVG, du protocole et des demandes liées à cette intervention en fonction du chirurgien. La qualité de ma prise en soin n'avait donc aucun rapport avec un manque de connaissance du service.

Avant toute chose, il me paraît important de définir ce qu'est une IVG et en quoi elle consiste. L'interruption volontaire de grossesse est un droit prévu et garanti par la loi du 17 janvier 1975, aussi nommée « loi Veil ». L'IVG se définit comme étant l'expulsion hors de l'utérus d'un embryon ou d'un fœtus causant la mort de celui-ci. Il s'agit d'une décision libre et volontaire de la patiente. L'acte chirurgical doit être pratiqué avant la fin de la douzième semaine de grossesse, soit quatorze SA. En 2017, d'après la DREES<sup>5</sup>, deux cent seize mille sept cents IVG ont été pratiquées en France (Métropole et DROM<sup>6</sup> confondus). Entre les militants de la cause et les anti-IVG, les opinions sur la question de l'avortement sont partagées. Le débat reste encore d'actualité et revient régulièrement sur la scène médiatique.

---

<sup>5</sup> Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

<sup>6</sup> Départements et Régions d'Outre-Mer

Durant les expériences professionnelles que j'avais connu avant ma rentrée en IFSI et celles en lien avec la formation infirmière, j'avais constaté que chaque personne rencontrée, chaque patient était un être singulier. Selon le dictionnaire LAROUSSE, la singularité se définit comme étant « *le caractère de ce qui est unique en son genre.* ». Melle A est donc singulière, par sa personnalité, le contexte dans lequel elle se présente dans le service mais surtout par sa situation personnelle. Par conséquent, toutes les patientes rencontrant la même situation de soin sont singulières. Ainsi, bien au-delà de l'âge, de la situation familiale ou sociale rapportée par ces patientes, leur singularité s'articule autour de différents axes de prise en soin. Quelles informations avaient été fournies à la patiente lors de ses précédentes IVG ? Les avait-elle comprises ? A la découverte de l'échographie, j'avais été surprise par l'intensité et l'immédiateté de l'émotion de l'infirmière. Pendant quelques instants, il m'avait semblé que sa réaction avait suspendu le temps. Prise au dépourvu, j'avoue ne pas avoir essayé de lui parler ou de lui demander pourquoi elle avait réagi ainsi. C'était la première fois que j'assistais à une telle réaction de la part d'une infirmière. Je me suis alors demandé pourquoi cette infirmière avait réagi avec autant d'émotion ? Dans une même situation de soin, pour quelles raisons deux figures soignantes ne ressentent-elles pas les mêmes émotions ? Selon moi, chaque soignant est comme chaque patient, un être singulier. Ce qui me compose et me construit n'est pas ce qui compose et construit mon collègue. Chaque soignant exerce dans un cadre règlementaire, avec des règles et des protocoles régis par son lieu de travail mais chaque soignant possède une approche du patient qui lui est propre et singulière. Ainsi, je pense que l'éducation, le vécu et les diverses expériences qui nous construisent en tant que professionnel entrent dans la prise en soin des patients. Dans la situation de Melle A, il est évident que la collègue qui a pris le relais de la première infirmière, n'a pas été touchée de la même manière. Dans ce cas, elle n'aurait pas pu assurer la prise en soin de la patiente. Il m'a semblé qu'elle était parvenue à prendre suffisamment de recul pour gérer ses émotions, aussi vives soient-elles, face à cette patiente. Passer le relais à une de ses collègues est une réaction professionnelle efficace. Chaque soignant possède un seuil émotionnel différent. Même si je ne l'avais pas montré à l'infirmière, j'avais été confrontée à mes propres émotions face à l'image de l'échographie et à la situation de Melle A. Grâce à mes diverses expériences professionnelles dans le milieu du soin, j'ai appris à reconnaître et à savoir quelles valeurs professionnelles m'animent en qualité de future infirmière. Parmi elles, je compte, entre autres, le respect de l'autre, le non-jugement et la

bienveillance. Je sais facilement prendre sur moi lorsqu'une situation touchante se présente. C'est une sorte de mesure de protection pour moi-même qui permet une prise en soin la plus optimale possible pour le patient. Même si je n'avais pas montré mes émotions, j'avais malgré tout ressenti de la colère et un peu de tristesse. Pourquoi avais-je ressenti de la colère ? Je ne possédais pas assez d'informations sur la patiente. Les informations concernant les raisons qui l'amenaient à faire pratiquer une sixième IVG ne figuraient pas dans son dossier médical. Selon moi, les cinq interventions précédentes auraient dû lui permettre de comprendre, poser des questions, demander de l'aide, obtenir des informations sur le post-IVG et être accompagnée. Son dossier médical ne portait mention que du compte rendu de la consultation avec le médecin anesthésiste et l'échographie. Ce praticien indiquait qu'il s'agissait d'une sixième IVG sans évoquer les raisons des interventions antérieures. Avait-elle pu obtenir un accompagnement et des informations optimaux lors de chacune de ses prises en soin ? Je n'en avais aucune idée mais je m'étais surprise à penser que non. Il est primordial de préciser également qu'en unité de chirurgie ambulatoire, l'IVG n'est qu'une des nombreuses interventions rencontrées. Le personnel du service n'est donc pas réellement spécialisé à l'accueil, l'accompagnement et l'information des situations d'orthogénie. De telles structures existent : Il s'agit des centres d'orthogénie dotés de professionnels de santé qualifiés pour ces prises en soin spécifiques. Le centre d'orthogénie se définit de la manière suivante : il s'agit d'un « *établissement où se pratiquent les interruptions volontaires de grossesse (IVG), l'information sur la contraception, le dépistage anonyme et gratuit des infections sexuellement transmissibles (IST), le suivi des grossesses et les consultations diverses de gynécologie* ». La prise en charge des femmes ou des couples en demande d'IVG est donc habituelle dans ces structures, contrairement aux services de chirurgie ambulatoire. C'est également pour ces raisons que j'avais éprouvé de la colère contre le service dans lequel je me trouvais. De plus, un sentiment de tristesse m'avait traversée lors de la découverte de l'échographie de la patiente. Comment une femme pouvait-elle laisser passer deux mois avant de prendre la décision d'avorter ? Les émotions se définissent comme : « *réaction affective transitoire d'une grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement* ». Ces émotions négatives que j'avais ressenties m'avaient fait percevoir Melle A comme une personne totalement dans le déni et indifférente vis-à-vis de sa situation. Avait-elle conscience de l'impact, notamment

psychologique, que les IVG entraînaient ? J'avais hâtivement pensé que la patiente prenait l'IVG comme un moyen de contraception sans avoir réellement conscience de ce qu'elle faisait. Ma vision de la prise en soin, respectueuse, bienveillante et tolérante avait été battue en brèche pour laisser place à une prise en soin respectueuse mais avec jugement. La tristesse et la colère que j'éprouvais éprouvées m'avaient menée à juger la patiente. Pourquoi avais-je jugé cette patiente sans même avoir échangé avec elle ? Bien que m'étant interdit d'émettre un jugement lors des prises en soin, j'en avais porté un, négatif, dans le cas de Melle A. Le non-jugement et le respect des décisions du patient, quelles qu'elles soient, doivent occuper une place centrale dans chaque prise en soin. Le Code de Déontologie des infirmiers précise :

*L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale.*

Travailler avec des patients présentant des situations de soin difficiles peut altérer la perception du soin et impacter la prise en soin. Aussi, le soignant doit détecter le moment où il peut et doit poser des limites. Cela peut aller jusqu'à l'arrêt de la prise en soin du patient. Ce point de « non-retour », seul le soignant peut l'appréhender précisément. Il correspond à l'instant où ses valeurs professionnelles et personnelles sont bousculées, voire heurtées au point de ne pas pouvoir continuer à assurer une prise en soin optimale pour le patient. En confrontant le code de déontologie infirmier avec la situation rencontrée avec Melle A, il apparaît que mon jugement a altéré l'écoute et l'accompagnement de la patiente, contrairement aux autres situations d'orthogénie que j'avais rencontrées jusqu'à présent. Pourquoi m'étais-je sentie en difficulté face à Melle A ? Il s'agissait de la première patiente rencontrée ayant eu recours à autant d'IVG. Ce cumul de prises en soin et l'âge de la patiente, proche du mien, avaient suffi à bouleverser mes émotions, ma posture soignante et ses valeurs. Je suis sortie de la chambre, comme si je prenais la fuite, pour ne pas avoir à faire face à ses propos et par peur de ne pas savoir quoi lui répondre. Son attitude et ses propos nonchalants m'ont heurté lors de notre première rencontre. En effet, j'ai ressenti un sentiment de frustration lorsque j'ai tenté d'entrer en contact avec elle pour la première fois. Quelle posture lui renvoyais-je ? Me prenait-elle au sérieux ? Mon statut d'étudiante infirmière l'avait-elle déstabilisée ? Pensait-elle que je ne pouvais pas la prendre en

soin de façon professionnelle ? Lors de mon deuxième passage, je remarque que sa mère n'est plus dans la chambre. Melle A commence alors à se confier à moi. Elle m'avoue : « toi tu me comprendras, t'es pas fermée d'esprit comme toutes ces infirmières ». Pourquoi lors de mon premier passage auprès d'elle, a-t-elle fait comme si je n'existais pas, me négligeant presque et ne me portant pas d'attention ? Est-ce que l'absence de sa mère l'a poussée à se confier à moi ? Se retrouvant seule dans la chambre avec elle, le comportement qu'elle adopte et les confidences qu'elle me livre me montrent que finalement elle me fait confiance. Sans m'en rendre compte, mon attitude, mon comportement et ma posture lui avaient fait penser que j'étais en capacité de l'écouter et d'entendre ce qu'elle souhaitait me confier. La relation, c'est le lien mettant en rapport une personne à une autre. Avec Melle A, j'ai tenté de mettre en place une relation de confiance. Divers auteurs ont défini la relation de confiance de manières différentes mais selon mes propres expériences, je définis la relation de confiance comme étant un rapport soignant-soigné essentiel à la qualité du soin, s'appuyant sur un sentiment de sécurité pour le patient, afin qu'il puisse se livrer au soignant sur sa pathologie, sa situation, son mal-être et éventuellement ses questionnements. La relation de confiance est nécessaire pour la prise en soin des patients. Elle permet une prise en soin bienveillante et respectueuse. Plus tard, lorsque je suis sortie de sa chambre, dans une sorte de fuite ne sachant pas quoi répondre à ses propos, j'aurais pu trouver les ressources pour rester auprès d'elle. Je ne savais pas quoi lui répondre mais j'avais en ma possession les connaissances nécessaires pour adapter mes réponses et parvenir à un dialogue constructif et aidant. Tous les éléments que j'avais acquis grâce à l'unité d'enseignement 4.2 S2 et S3 « Soins relationnels » enseignée dans le cadre de la compétence 6 du référentiel infirmier « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins » m'auraient notamment permis de reformuler les propos de la patiente, permettant ainsi à Melle A de se sentir considérée et entendue. J'aurais également pu mobiliser la communication non-verbale pour lui montrer ma présence. Une main sur l'épaule ou un sourire l'aurait peut-être réconfortée. La communication non-verbale prend tout son sens notamment lorsque le soignant éprouve des difficultés à établir une communication verbale. Selon moi, la relation de confiance entre dans un triangle « confiance, communication, estime de l'autre ». Ces trois éléments doivent être partagés réciproquement entre le soignant et le soigné afin que le patient puisse se confier. Cela permet d'offrir à son interlocuteur la confiance et l'ouverture d'esprit nécessaires à l'écoute, l'instauration du dialogue et l'apport de réponses optimales aux patients. Le climat

de confiance installé doit provoquer un sentiment de sécurité chez le patient lui permettant de se confier plus facilement au soignant. Dans la prise en charge d'une situation d'orthogénie, du début « pré-IVG » au suivi « post-IVG », la relation de confiance est primordiale à établir entre les patientes et les différentes équipes afin de proposer un accompagnement le plus adapté possible à leur cas. Avant d'entrer dans la chambre et une fois la première rencontre avec Melle A passée, j'avais pris conscience que mes valeurs professionnelles venaient d'être bouleversées. En jugeant la patiente, je savais que mon accompagnement serait différent de mes précédentes prises en soin pour IVG. Pour terminer, je savais que mes émotions avaient eu un impact notable sur mon accompagnement auprès de Melle A.

### **1.3 Question de départ**

Après analyse de cette situation, plusieurs concepts se sont dévoilés :

- Interruption volontaire de grossesse
- Emotions
- Accompagnement

Ma question de départ sera donc la suivante :

**En quoi les émotions de l'infirmière peuvent-elles influencer l'accompagnement d'une patiente hospitalisée pour une interruption volontaire de grossesse ?**

## 2 CADRE THEORIQUE

### 2.1 L'interruption volontaire de grossesse

#### 2.1.1 Définitions

L'interruption volontaire de grossesse, communément appelée « *IVG* » ou « *avortement* » se définit comme étant l'expulsion hors de l'utérus de l'embryon ou du fœtus causant ainsi sa mort.

Le dictionnaire LAROUSSE définit l'IVG de la manière suivante : « *interruption de grossesse provoquée au début de la grossesse pour des raisons non thérapeutiques* ».

#### 2.1.2 Histoire, législation et généralités

L'IVG est connue dans l'histoire des femmes depuis plusieurs siècles. En 1810, le Code Napoléon instaurait le « crime d'avortement ». Pour continuer, au XIXème siècle, l'IVG était un acte illégal, prévu et réprimé par la Loi. Les femmes qui le pratiquaient étaient considérées comme des criminelles risquant jusqu'à la peine capitale. Bien plus récemment, les femmes obtiendront une évolution favorable de leur statut. En effet, en 1967, la Loi NEUWIRTH leur ouvre les portes de la contraception. Le 17 janvier 1975, la Loi VEIL instaure l'IVG comme un droit. Ce texte législatif légalisera et encadrera les IVG jusqu'à la fin de la dixième semaine de grossesse. En 1979, les premiers centres d'IVG ouvrent leurs portes. En 2001, le délai légal autorisé est allongé à douze semaines de grossesse au lieu des dix initialement prévues. De plus à partir de cette année-là, les mineures possèdent le droit d'avorter sans autorisation parentale. En 2016, la semaine de réflexion qui était jusqu'alors obligatoire est supprimée.

Comme son nom l'indique, il s'agit d'une pratique volontaire, pensée par la patiente et réalisée par un médecin avant la fin de la douzième semaine de grossesse (quatorze SA). Le Code de la Santé Publique, dans l'article L.2212-1, décrit que toute femme qui pense se trouver dans une situation de détresse, peut demander à un médecin l'arrêt de sa grossesse. Il ajoute : « *Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement.* ». En somme, le droit à l'avortement constitue une avancée : il permet aux femmes de responsabiliser leur prise de décision quant à l'interruption de leur grossesse. Cela leur permet par ailleurs de maîtriser leur fécondité.

Le choix de la méthode de l'IVG dépend donc de chaque femme mais aussi du terme de la grossesse.

Le médecin ou la sage-femme peut aider la patiente à décider quelle méthode s'avèrera être la plus optimale pour elle. En effet, pour l'interruption d'une grossesse de manière volontaire, la patiente a deux possibilités : l'IVG dite médicamenteuse et l'IVG dite chirurgicale. Les deux actes ont le même but, leur unique différence étant le mode de réalisation ainsi que les délais. L'IVG médicamenteuse peut être réalisée uniquement par un médecin ou une sage-femme jusqu'à la fin de la cinquième semaine de grossesse, soit sept SA. Elle consiste uniquement en la prise de médicaments et est réalisée en hôpital, clinique, cabinet médical libéral, centre de planification/orthogénie ou à domicile. L'IVG chirurgicale quant à elle, peut être réalisée jusqu'à la douzième semaine de grossesse, soit quatorze SA par un médecin. Aussi nommée IVG instrumentale, l'interruption se déroule au sein d'un établissement de santé (hôpital ou clinique) au bloc opératoire, sous anesthésie locale ou générale et consiste en une aspiration.

L'IVG est un processus construit en plusieurs étapes. En effet, avant, pendant et après l'interruption, les femmes sont accompagnées et suivies médicalement et psychologiquement. Une équipe pluriprofessionnelle est à disposition de chaque femme qui désire interrompre sa grossesse. Il est primordial d'indiquer qu'en 2016, d'après la DREES, le taux de recours à l'IVG (toutes méthodes confondues) était de vingt-six femmes sur mille âgées de vingt à vingt-quatre ans. Pour les femmes de moins de vingt ans, il s'estimait à dix femmes sur mille. Contrairement aux idées reçues, les IVG ne sont pas dues principalement à une absence de contraceptif chez les femmes jeunes ou mineures. En effet, toujours selon la DREES, deux femmes sur trois ayant effectué une IVG avaient utilisé un moyen contraceptif qui n'avait pas fonctionné.

### 2.1.3 La prise en charge médicale et paramédicale de l'IVG

Dans notre pays, l'IVG est un acte encore mal perçu par les professionnels de santé.

En effet, il engendre chez certains des comportements scandaleux face aux femmes qui sont en demande d'avortement. La prise en soin, parfois déplorable, laisse place à un accueil inexistant, à des attitudes moralisatrices voire blâmantes, à un accompagnement insuffisant ou encore un non-respect des patientes.

D'après Isabelle PAULARD, sage-femme et cadre enseignante chargée de formation continue, il existe depuis environ trente ans un manque considérable de formation lié à la rencontre de situations d'orthogénie. Expliquant dans son article « *accompagnement et formation des équipes soignantes à l'IVG* » que les apports sur les situations d'orthogénie se résument à des cours concernant « la pathologie et les complications », l'auteure appuie le fait que les praticiens manquent de préparation à l'accueil, l'écoute et la prise en charge des femmes demandeuses d'une IVG... Pour elle, il est plus que nécessaire qu'une formation sur l'IVG et les procédures d'orientation soient enseignées afin d'optimiser la prise en charge des femmes. De plus selon elle, en ce qui concerne la formation initiale des infirmières, elle n'est pas assez significative en terme de recherche, de développement de l'aspect relationnel auprès de ces patientes. Il en est de même pour les soins préventifs et éducatifs... Ce manque général de formation vis-à-vis de la spécificité de l'orthogénie vient donc, pour finir, impacter l'accompagnement proposé aux femmes demandeuses d'IVG.

Les représentations quant à l'IVG ainsi que les réticences des professionnels de santé à réaliser ce geste et accompagner les femmes est un long travail qui commence doucement à s'amorcer. D'intéressantes initiatives nouvelles s'ouvrent depuis quelques années : des formations continues ouvertes aux sages-femmes, médecins et infirmières (avec des DU<sup>7</sup> ou DIU<sup>8</sup>), des formations en accueil et information, en conseil familial et conjugal). Nous avons pu évoquer ci-dessus que l'IVG reste un droit promulgué par la Loi et inscrit dans le Code de la Santé

---

<sup>7</sup> Diplômes Universitaires

<sup>8</sup> Diplômes InterUniversitaires

Publique. Le travail des professionnels médicaux et paramédicaux n'est donc pas d'émettre de jugement mais de soutenir et d'accompagner ces femmes dans la décision et le suivi de l'avortement.

#### 2.1.4 La vision de la société face à l'IVG

Alors que pour une raison singulière à chaque femme, la décision d'avorter à un moment de leur grossesse surgit dans leur pensée, la vision de la société vis-à-vis de ce droit donné aux femmes est bien trop souvent cruelle. En effet, à l'heure actuelle en France, il existe encore de nombreux préjugés face à la question de l'IVG. Bien que légalisé, la société a tendance à demander encore aux femmes de justifier le fait qu'elles avortent. Trop souvent, l'IVG est synonyme de « faute », « tabou », « honte », « échec », « culpabilité », « immaturité », « solitude » ou encore « secret ». L'avortement est devenu stigmatisant et culpabilisant pour les femmes, quel que soit leur âge, leur situation sociale et leurs conditions de vie.

D'après le site internet du Planning Familial :

*Trop de personnes ne parlent [...] de ces femmes qui ne sont pas capables d'utiliser correctement la contraception et qui « tombent enceintes » par « accident ». Tous ces mots sont intériorisés par les femmes qui vont être dévalorisées, déstabilisées, quand elles sont dans une situation de grossesse non prévue.*

Malgré tout, les patientes souhaitant réaliser une IVG peuvent bénéficier d'une écoute active par téléphone et peuvent se documenter sur le Net, sur des sites issus du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et de sources fiables afin de pouvoir obtenir des réponses à leurs questions. En effet, le numéro vert anonyme et gratuit mis en place ainsi que certains sites officiels tels que [www.ivg.gouv.fr](http://www.ivg.gouv.fr) par exemple peuvent permettre aux femmes d'obtenir des éléments de tous ordres concernant l'IVG, quelle que soit la méthode envisagée. De plus, les centres de planification ou d'éducation familiale ainsi que les plannings familiaux sont ouverts pour répondre aux interrogations concernant la sexualité, l'IVG et la contraception. Actuellement, l'IVG clive encore les pensées. Il est certain qu'entre les « pro-IVG » et les « anti-IVG », la question de l'avortement crée de vifs débats. D'une part, les « pro-IVG » justifient leur positionnement par rapport au fait que la femme possède une liberté individuelle

qui lui est propre ainsi qu'une décision personnelle quant à maintenir ou interrompre une grossesse. Les « anti-IVG » quant à eux pensent aux valeurs morales, religieuses ou encore au droit à la vie. Tout cela soulève dans notre société un problème éthique mettant en jeu les trois piliers du triangle de l'éthique : « que veux-je faire ? », « que puis-je faire ? » et « que dois-je faire ? ». Quelle que soit la vision portée sur l'IVG, un processus émotionnel se met en place, qu'il soit positif ou négatif. Finalement, qu'elle soit un professionnel de santé ou un citoyen et quelle que soit sa vision portée à l'IVG, la personne pourra ressentir des émotions face à une femme souhaitant avoir recours à cet acte.

## 2.2 Les émotions

La profession infirmière se fonde en majeure partie sur la relation à l'autre et l'empathie auprès des personnes prises en soin. Chaque situation, histoire de vie ou patient que l'on est amené à rencontrer peut conduire à des réactions émotionnelles, parfois incontrôlées et intenses pour l'infirmière. Elles sont difficiles à gérer, quelle que soit leur complexité. L'IVG en est un exemple parlant.

### 2.2.1 Etymologie et définitions

Le terme « émotion » possède une étymologie latine et est formé de deux mots : *motio* qui signifie « mouvement » et *-e* qui se traduit par « qui vient de ». Selon le dictionnaire LAROUSSE, l'émotion est une « réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une simulation venue de l'environnement ». Daniel GOLEMAN, docteur en psychologie et journaliste, désigne l'émotion comme étant à la fois « un sentiment et les pensées, les états psychologiques et biologiques particuliers, ainsi que la gamme de tendances à l'action qu'il suscite ». D'après Joelle ODEYER, formatrice à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Valence, l'émotion se définit alors comme étant « une mise en mouvement, une chose qui s'impose à nous et qui ne dure pas : un ressenti fugace ».

Les émotions sont donc des réactions passagères, momentanées et ambivalentes, pouvant être positives ou négatives.

### 2.2.2 Les émotions du soignant

Au dix-neuvième siècle, le naturaliste anglais Charles DARWIN a décrit cinq émotions que sont la joie, le dégoût, la peur, la tristesse et la colère. Selon lui, les émotions sont universelles, culturelles et singulières. En effet, chaque individu possède des émotions qui lui sont propres, quelle que soit sa culture. Parmi ces cinq émotions, on compte une émotion dite « positive » :

la joie ; ainsi que quatre émotions caractérisées comme « négatives » : le dégoût, la peur, la tristesse et la colère. En plus de ces deux catégories, nous pouvons compter les émotions dites « complexes » telle que la mélancolie, définie comme étant un mélange de deux émotions négatives : la tristesse et la colère.

Pour mener au mieux son travail, l'infirmière a un rôle à jouer auprès des patients qu'elle rencontre : elle se doit de tenir une posture professionnelle adaptée envers chacun. Pour Catherine MERCADIER, infirmière et sociologue :

*On demande aux infirmières en toutes circonstances d'assumer, de trouver la « bonne distance » pour rester maîtresses de leurs émotions, et la confusion entre sentiments et comportements est alors fréquente, comme s'il y avait une infiltration du ressenti dans l'agir : ne rien ressentir, ne pas éprouver d'émotions garantit la maîtrise de soi en toutes circonstances.*

Nous comprenons alors que, d'après elle, les affects que ressent le soignant se doivent d'être maîtrisés. Cependant, elle explique aussi que l'émotion doit nécessairement être recontextualisée car plusieurs contextes peuvent provoquer l'apparition d'une émotion. Tout d'abord, le contexte situationnel, la dimension spatio-temporelle avec l'âge du patient, son histoire, les comportements des collègues infirmiers face au patient ou encore l'environnement dans lequel il se trouve. Ensuite, le contexte biographique du soignant qui comprend son histoire de vie personnelle, un heureux ou au contraire un triste évènement de la vie. Le contexte social avec le sexe, l'âge, la trajectoire sociale ou l'histoire de vie et enfin le contexte structurel ainsi que le contexte sociétal peuvent donner naissance à une émotion.

L'infirmier, docteur en santé publique et lauréat, Walter HESBEEN reprend l'idée de Catherine MERCADIER en expliquant quant à lui qu'« *on ne peut prendre soin d'un homme ou d'une femme malade en tentant d'accueillir sa singularité sans se sentir concerné par sa situation, sans se laisser toucher par ce qui arrive à cet humain* ».

Comme évoqué plus haut, l'émotion est caractérisée par un effet transitoire et fugace : elle ne dure pas dans le temps. Le philosophe et médecin, Pierre JANET, démontre ainsi que « *la grande cause de l'émotion c'est la surprise* ». L'émotion a un effet cascade : en effet,

l'apparition d'une émotion va influencer les réactions de l'infirmière, puis ses choix, puis ses décisions, pour ensuite venir orienter l'agir et enfin, les soins en eux-mêmes.

Etant quotidiennement au contact direct des patients, les relations que nous mettons en place avec eux nous confrontent directement à leurs peurs, souffrances, doutes, craintes ou encore tristesse. Les émotions ressenties par le patient vont faire un « effet miroir », pouvant déclencher chez le soignant empathie, anxiété, agacement ou rejet. Dans sa relation avec le patient, il est capital que l'infirmière perçoive ce qu'il vit et qu'elle le comprenne.

Selon Paul EKMAN, psychologue américain :

*La rapidité avec laquelle les émotions s'emparent de nous, avant même que nous ayons pris pleinement conscience de leur apparition, est essentielle à leur caractère hautement adaptatif ; elles nous mobilisent pour réagir à des évènements pressants sans se poser de questions.*

De ce fait, pris par l'effet de surprise, le soignant peut justifier ses actions et comportements en expliquant avoir été sous leur emprise. Dans son ouvrage « L'intelligence émotionnelle », Daniel GOLEMAN explique ainsi que « *les émotions sont donc d'une grande importance pour la raison [...] nos facultés affectives nous guident constamment dans nos choix* ». Il ajoute également « *les émotions ont leurs raisons et leur logique propres* ». Par ces deux auteurs, nous constatons que les réactions liées aux émotions sont multiples mais que seule la surprise, comme le décrit Pierre JANET, est l'élément déclencheur de l'émotion. Nous comprenons ainsi que la maîtrise de ses émotions impose une difficulté certaine car la surprise est quelque chose d'imprévisible, d'incontrôlable et qu'elle se rapporte aux circonstances dans lesquelles nous nous trouvons.

### 2.2.3 La gestion des émotions

Lorsque le soignant se trouve face à une situation qui le touche, le bouleverse, les émotions qui sont présentes prennent parfois le dessus. Joelle ODEYER développe ainsi l'idée que « *vouloir maîtriser ses émotions, c'est le mythe de la toute-puissance* ». La maîtrise des affects n'existant alors plus, le soignant peut se voir mettre en place des mécanismes de défense lui permettant de se protéger, de manière professionnelle mais aussi personnelle. Il arrive que les mécanismes

de défense se déroulent inconsciemment ; l'infirmier ne s'en rend pas compte mais son comportement vis-à-vis du patient change, venant impacter la relation existante entre lui et le patient face à lui. Gérer ses émotions demande au soignant lui-même d'effectuer un profond travail d'autocritique.

Le psychologue Daniel GOLEMAN a théorisé l'intelligence émotionnelle. Nous pouvons la définir comme étant l'aptitude d'une personne à ressentir, comprendre et utiliser les émotions en tant que source d'information afin de pouvoir les gérer. Pour lui :

*Notre intelligence émotionnelle, c'est notre capacité à apprendre les diverses aptitudes pratiques qui sont fondées sur ces cinq composantes : la conscience de soi, la motivation, la maîtrise de soi, l'empathie et la maîtrise des relations humaines.*

Pour arriver à travailler son intelligence émotionnelle, le soignant doit saisir la signification de la situation dans laquelle il est impliqué. Cela lui permettra d'analyser les réactions et comportements du malade, mais aussi les siennes pour qu'il puisse orienter son jugement afin d'offrir une prise en soin présentant un intérêt significatif pour le patient.

D'après Catherine MERCARDIER, maîtriser ses émotions est un véritable travail émotionnel qui permet à l'infirmière d'atteindre une neutralité dans son travail. L'interaction avec le patient peut avoir un impact émotionnel et peut toucher les facettes plus personnelles de l'infirmière au cours du soin, ce qui amènera une prise en soin différente selon le soin, quelque qu'il soit. Elle ajoute que :

*La maîtrise des émotions est une obligation implicite, intériorisée par le soignant au cours de sa socialisation professionnelle. Elle s'intègre dans un véritable travail émotionnel qui permet au soignant d'atteindre un niveau professionnel dans la relation thérapeutique, caractérisée par la neutralité.*

Nous constatons une chose : aujourd'hui, il est proposé aux infirmières de travailler sur les émotions qu'elles ressentent. En effet, divers ateliers, temps de parole peuvent être proposés au sein même des services hospitaliers pour que les professionnels puissent exprimer leurs émotions, leurs ressentis. De plus, apprendre à s'exprimer sur ses émotions est un enjeu dès l'entrée en IFSI. Ainsi, à chaque retour de stage, nous, étudiants, avons la possibilité de nous exprimer sur des situations ou patients que nous avons rencontré en stage et qui nous ont

impacté, que ce soit de façon positive ou négative. Ainsi, nous pouvons extérioriser nos émotions et nous pouvons également en profiter pour nous appuyer sur les expériences de nos collègues, vécues également dans un milieu professionnel. Parler, s'exprimer pour décharger ce que l'on ressent est important afin d'éviter que nos ressentis et émotions ne viennent impacter notre accompagnement auprès des patients. En lien avec la gestion des émotions, nous pouvons ajouter qu'il existe une grande variété de mécanismes de défense. Marie-Laure DOILLON, formatrice en IFSI explique ainsi qu'« *une même situation n'aura pas la même portée et la même résonance chez tous les sujets car chacun a une vie différente, une histoire, une culture personnelle [...] qui va venir générer une attitude de défense vis-à-vis de ces problèmes* ». Elle ajoute que les mécanismes de défense sont inconscients : banalisation, généralisation, évitement, mensonge... Nous comprenons ainsi que leur existence a pour fonction la diminution du niveau d'angoisse pour permettre à l'infirmière de supporter la situation qui se présente à elle. Marie-Laure DOILLON continue en expliquant que « *les mécanismes de défense vont créer l'illusion d'une certaine sérénité et d'une apparente quiétude* ». Nous pouvons penser que les mécanismes de défense peuvent avoir une influence sur l'accompagnement auprès du soigné car ils influencent les réactions comportementales du soignant face à ce dernier.

## 2.3 L'accompagnement

### 2.3.1 Etymologie et définitions

Le mot « accompagner » vient de la langue latine « *ad* » qui signifie « *mouvement* », « *cum* » et « *panis* » qui peut être traduit par « *celui qui mange le pain avec* » : c'est donc le compagnon de partage. Les 3 parties de la découpe de ce terme correspondent aux 3 axes qui définissent la notion d'accompagnement. La première étant celle de « se joindre à quelqu'un », la seconde celle « d'aller où il va » et la troisième celle de le faire « en même temps que lui. »

Selon le dictionnaire LAROUSSE, l'accompagnement se définit comme étant « *l'action d'accompagner quelqu'un dans ses déplacements.* »

D'après le PETIT ROBERT, dictionnaire de la langue française, l'accompagnement est le fait de « *se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui. Conduire, escorter, guider, mener.* »

Selon le Jésuite, rédacteur et enseignant d'éthique biomédicale, Patrick VERSPIEREN, « *Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre : mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme et son pas* ». Accompagner c'est une action avec l'autre, à ses côtés, tout en lui laissant la liberté de choisir son chemin.

Dans le champ des soins infirmiers, l'accompagnement est défini comme étant « *l'action d'être et de cheminer avec une personne, de l'entourer, de la soutenir physiquement et moralement* ».

L'accompagnement ne possède donc pas de définition unique, il est variable selon les pensées de différents auteurs mais ce terme détient une chose commune : c'est le fait d'aider, de soutenir l'autre en étant à côté de lui. C'est aussi le fait de lui montrer la présence infirmière comme un bras sur lequel il peut s'appuyer et trouver ressource.

### 2.3.2 Du soin au « prendre soin »

Le terme « *soin* » vient du latin « *sensus* ». Le dictionnaire LAROUSSE définit le soin de la manière suivante « *actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un* ». Il ajoute aussi que ces actes peuvent viser, entre autre, la santé d'un individu. Cette notion de « *veille* » est reprise par Walter HESBEEN. En effet, il définit le soin comme « *le fait d'être attentif à quelqu'un ou quelque chose pour s'occuper de son bien-être ou de son état, de son bon fonctionnement.* ». Nous retrouvons alors cette notion de veiller à, d'être attentif à. Cela met en évidence l'importance de faire tout ce que l'on a en notre possession pour permettre le bien-être de la personne que l'on a face à nous. Le soin est un élément qui est pensé et qui se doit d'être repensé.

Marie-Françoise COLLIERE définit le fait de soigner comme étant « *d'abord et avant tout un acte de vie [...] soigner représente une variété infinie d'activités qui visent à entretenir, maintenir et à permettre de se continuer ou de se reproduire* ». Elle ajoute que soigner est une action de réciprocité. En effet, d'après elle nous nous devons d'apporter ce que nous pouvons à une personne qui est en nécessité pour pouvoir assumer ses besoins vitaux, que ce soit de manière temporaire ou définitive. Avec les visions de ces différents auteurs, nous observons que le soin possède un commun : l'aspect, la dimension humaine.

Dans son ouvrage « *Soigner, le premier art de la vie* », Marie-Françoise COLLIERE appuie la dimension humaine et relationnelle du soin en expliquant que « *Être soigner... se soigner... soigner. De ce fait, ces trois formes révèlent les étapes de la vie que nous franchissons progressivement avec l'aide des autres pour arriver à nous suffire à nous-même, puis à notre tour accompagner les autres* ».

Malgré les différences dans la manière de penser des différents auteurs ayant théorisé la notion de soin, nous remarquons tout de même qu'il y a des similitudes avec la définition du soin que l'on a de nos jours. En effet, le terme « *soin* » reste toujours intimement lié au fait de prendre en soin une personne comme sujet et non comme objet, dans sa globalité et sa singularité. Le tout en prenant en compte son histoire, son parcours de vie, quelques soient ses croyances, ses opinions ou ses pensées. Soigner n'est pas une notion réductrice des actes réalisés, aussi techniques qu'ils soient : cette notion englobe, avant tout le « *prendre soin* ». D'après Walter

HESBEEN, le fondement de la pratique infirmière est principalement le prendre soin de l'autre. D'ailleurs, il explique cette notion de la manière suivante : « *c'est la démarche interpersonnelle entre une personne soignée, qui nécessite de l'aide, et une personne soignante qui a pour mission d'être aidante [...]* ». Nous comprenons donc que, tout comme pour le soin, la notion de prendre soin s'appuie sur la singularité du patient. Le prendre soin est personnalisé et personnalisable suivant chaque patient, les besoins, les demandes et les attentes de la personne. S'attacher à respecter certains principes tels qu'une installation confortable du patient, un sourire, un geste ou encore un regard bienveillant participe à un prendre soin optimal. Ces éléments qui peuvent sembler moindres pour certains soignants mais qui participent au bien-être et à la santé du patient et contribuer à une meilleure qualité de vie pour la personne en mettant en œuvre des soins personnalisés, singuliers et adaptés. Le tout en ayant dans le même temps une empreinte relationnelle forte associés à de nombreux savoirs faire, représentatifs des compétences infirmières.

### 2.3.3 L'accompagnement infirmier

Selon Michel FONTAINE, infirmier, docteur en sciences sociales et responsable des relations universitaires, il n'y a pas de soin possible sans accompagnement. Comme nous l'avons évoqué précédemment grâce aux définitions, accompagner c'est aller avec, à côté de. Le docteur en sciences de l'éducation Maela PAUL l'affirme en expliquant qu'« *accompagner n'est ni diriger, ni conseiller, ni protéger, mais il passe de l'un à l'autre, dans un arrangement temporel toujours singulier* ». Nous pouvons donc en déduire que pour pouvoir accompagner une personne, nous sommes obligés d'investir une relation, de s'ouvrir à l'autre. Le tout dans une réciprocité afin de permettre la mise en place progressive d'une relation de confiance qui sera possible grâce à l'écoute et à la parole. Cette idée est défendue par l'auteure qui exprime la pensée suivante : « *L'accompagnement renvoie pour une large part au travail de la parole et de l'écoute et à la création d'un « terrain d'entente » [...]* ». De plus, pour elle, trois conditions sont nécessaires à l'accompagnement : l'authenticité, le respect et l'intérêt pour l'autre. Il n'y a donc pas un accompagnement mais des accompagnements propres à chaque patient.

Nous pouvons dire que l'accompagnement auprès d'un patient s'articule de différentes manières : par l'écoute, la parole et les échanges mais également par le soutien et la confiance. Il s'agit là d'instaurer une réciprocité, un partage pour aller ensemble vers une finalité commune, le tout dirigé par le patient car lui seul connaît le chemin qu'il souhaite prendre. Il s'appuie donc sur le soignant qui peut le soutenir dans son projet mais c'est à lui de définir « l'accompagnement optimal » pour lui. Accompagner l'IVG est un acte temporaire mais qui prend appui sur de nombreuses valeurs soignantes telles que la bienveillance, le respect ou encore le non-jugement de celui que l'infirmière a face à elle.

## **2.4 Synthèse du cadre théorique**

Au travers de l'analyse de la situation de départ, trois concepts se sont dégagés. Nous les avons donc travaillés pour créer le cadre théorique de notre travail. Aussi, nous avons tenté de mettre en lien ces concepts en prenant appui sur des ouvrages, des écrits de théoriciens en soins infirmiers ainsi que des cours enseignés par des formatrices de l'IFSI au cours de nos trois années d'études.

Nous avons commencé cette partie en évoquant le premier concept : l'interruption volontaire de grossesse. Après l'avoir défini, il paraît opportun de retracer l'historique de cet acte en citant les dates les plus importantes pour comprendre son évolution dans la société elle-même liée à l'évolution de la société, intimement liées à celle de la femme de manière générale. Ensuite, nous nous sommes intéressée à la prise en charge médicale et paramédicale des femmes ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse puis à la vision de la société face à cet acte.

Par la suite, nous avons travaillé le concept des émotions. Pour cela, nous avons notamment pris appui sur les travaux de Catherine MERCADIER et ceux de Daniel GOLEMAN concernant le travail émotionnel. Ces deux auteurs nous ont montré que les émotions avaient une place très importante et étaient omniprésentes dans toute prise en soin. Ainsi, les émotions peuvent influencer l'accompagnement. En effet, ce dernier fait partie du rôle propre de l'infirmière et figure dans chaque prise en soin que l'infirmière va effectuer.

Ainsi, pour conclure notre cadre théorique, nous avons traité le concept de l'accompagnement. Accompagner étant un soin à part entière, nous nous sommes intéressée aux visions de Marie-Françoise COLLIÈRE et Walter HESBEEN concernant le soin mais aussi la notion de prendre soin. Enfin, nous avons étudié l'approche de Maela PAUL qui définit l'accompagnement comme un soin infirmier.

Grâce à ces nombreuses recherches, nous pouvons donc expliquer que l'accompagnement est différent selon les patients que va rencontrer l'infirmière. En effet, tout comme dans son exercice professionnel en général, le travail de l'infirmière est conduit par ses émotions, ses ressentis et ses pensées. Cependant, elle doit s'attacher à effectuer un travail de maîtrise émotionnelle important. Les émotions, si elles ne sont pas régulées, peuvent venir impacter la prise en soin de la patiente ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse, risquant alors une prise en soin non-objective de la patiente.

## **3 CADRE EMPIRIQUE**

### **3.1 Méthodologie d'enquête**

Après avoir développé le cadre théorique de ce travail, nous devons réaliser une enquête empirique dans le but de confronter les aspects théoriques avec la réalité du terrain. Pour effectuer cette partie du travail, nous avons à notre disposition quatre outils d'enquête : les questionnaires, les entretiens semi-directifs, l'observation et le recueil de données existantes. Nous devons choisir l'un d'entre eux pour effectuer notre enquête.

#### **3.1.1 Choix de l'outil**

Au vu du thème abordé, l'entretien nous paraît être l'outil d'enquête le plus pertinent et adapté. D'une part, il permet de poser des questions ouvertes aux professionnels ainsi que l'obtention de données singulières et une expression libre car il ne restreint pas les pensées, dires et ressentis du soignant. Il nous permet ainsi de recueillir des réponses de qualité et en quantité. D'autre part, il nous permet d'observer les réactions comportementales des soignants interrogés.

En amont de la rencontre avec les infirmières, nous avons rédigé un guide d'entretien avec huit questions se rapportant aux concepts développés dans le cadre théorique. Comme les consignes de travail nous le conseillent, les entretiens durent environ vingt-cinq à trente minutes. Ils sont enregistrés de manière anonyme. Une fois la soutenance orale passée, les enregistrements seront détruits. Une fois les entretiens réalisés, ils sont retranscrits intégralement, mot à mot, pour permettre leur analyse dans le cadre de ce travail.

Le guide d'entretien figure en annexe 2.

### 3.1.2 Choix du lieu et de la population cible

Pour réaliser notre enquête, nous avons choisi de nous entretenir avec des infirmières exerçant en service de chirurgie ambulatoire, dans deux établissements de santé différents. En effet, les UCA accueillent et hospitalisent des femmes souhaitant réaliser des IVG. Les infirmières sont donc fréquemment, si ce n'est quotidiennement, amenées à prendre en soin ces patientes. Nous avons donc interrogé deux infirmières diplômées d'Etat. La première travaille en UCA depuis huit ans tandis que la seconde depuis une année et demie seulement.

## **3.2 Réalisation de l'enquête**

### 3.2.1 Demande d'autorisation d'enquête

Après avoir rédigé notre guide d'entretien et une fois la validation de ce dernier par notre guidante, nous devons envoyer, par l'intermédiaire de l'IFSI, des courriers de demande d'enquête dans les établissements où nous souhaitons rencontrer des infirmiers. En premier lieu, ces courriers sont dirigés auprès du directeur des soins de l'établissement et comportent notre identité, l'objet de notre demande, le thème de notre travail ainsi que les modalités de réalisation de notre entretien (temps, enregistrement et anonymat de l'entretien). Le courrier de demande figure en annexe 1.

Nous nous renseignons sur internet pour connaître quels sont les établissements dans le département et les départements voisins qui pratiquent les IVG. Nous en recueillons les coordonnées afin de contacter les secrétariats des directeurs de soins. Nos premiers courriers s'orientent vers une clinique ainsi qu'un CH<sup>9</sup>. Nous attendons quelques jours avant d'obtenir

---

<sup>9</sup> Centre Hospitalier

une réponse téléphonique de la clinique : elle ne réalise que des IMG<sup>10</sup> ou des curetages dus à des grossesses arrêtées. Nous leur expliquons que notre travail ne traite pas de ce sujet et que par conséquent, nous ne pouvons pas accepter d'entretien avec une infirmière. Le temps passant et n'ayant qu'une seule réponse, nous décidons donc d'envoyer d'autres courriers dans d'autres centres hospitaliers. Après une semaine, nous recevons une réponse positive du premier hôpital contacté ainsi que de l'un des deux hôpitaux du département voisin contactés. Ils nous accordent la demande et nous demandent de contacter les cadres de santé des services concernés, ce que nous faisons. La cadre de santé de l'UCA du CH du département voisin nous demande de faire parvenir avec notre courrier de demande, notre guide d'entretien. Les dates de rencontres sont fixées. Dans un souci d'anonymat, nous préserverons l'identité de la première infirmière et la nommerons « IDE 1 »<sup>11</sup>. Pour la deuxième infirmière rencontrée, il en sera de même et nous la nommerons « IDE 2 »<sup>12</sup>.

### 3.2.2 Déroulement des entretiens

Après avoir parcouru cent soixante-dix kilomètres, nous arrivons à quatorze heures en UCA. Nous sommes accueillie par la cadre qui prévient l'infirmière de notre arrivée. Nous nous installons dans une des chambres doubles du service et installons une chaise et un fauteuil face à face. Avant de débiter l'échange, nous lui rappelons que l'entretien sera enregistré, anonyme et effacé une fois la soutenance orale passée. Nous débutons l'entretien. L'infirmière explique avoir déjà connaissance des questions car notre guide d'entretien lui est préalablement parvenu. Néanmoins elle indique ne pas avoir eu le temps de « travailler » dessus. L'infirmière est très souriante, elle répond à toutes les questions du guide. Au bout de cinquante-cinq minutes, nous mettons un terme à l'échange.

Pour le second entretien qui se déroule à une vingtaine de kilomètres, nous arrivons dans le service à onze heures trente, comme convenu préalablement lors du contact téléphonique avec la cadre de santé du service. Nous nous présentons au poste de soins infirmiers où une infirmière

---

<sup>10</sup> Interruptions Médicales de Grossesse

<sup>11</sup> Infirmière Diplômée d'Etat n°1

<sup>12</sup> Infirmière Diplômée d'Etat n°2

nous accueille. Nous lui exposons le motif de notre venue en lui indiquant avoir contacté la cadre du service. Elle n'est pas au courant et s'excuse. Elle nous demande d'attendre à côté du bureau de la cadre qui doit revenir sous peu car elle s'est absentée momentanément. Nous attendons dix minutes. La cadre arrive et l'infirmière l'informe de notre présence. Elle demande à une des infirmières de s'entretenir avec nous. Nous suivons une infirmière avec qui nous nous installons dans une petite pièce qui sert de dépôt de matériel en tout genre (tables, fauteuils roulants, tapis). Avant de débiter l'échange, je lui rappelle que l'entretien sera enregistré, anonyme et effacé une fois la soutenance orale passée. L'infirmière paraît pressée et surprise par ma venue et ma demande. L'entretien durera douze minutes.

### 3.2.3 Auto-évaluation et critiques des entretiens

Durant notre formation, c'est la première fois que nous devons réaliser des entretiens auprès de soignants professionnels. Malgré quelques interrogations sur le déroulement d'un entretien, il s'est avéré que les rencontres se sont bien passées. En effet, nous avons pu recueillir une quantité très importante d'informations nécessaires à notre travail sans rencontrer de problème technique liés aux enregistrements.

Que ce soit pour l'entretien auprès de l'IDE 1 ou de l'IDE 2, nous n'avons pas été contraintes de nous interrompre pour des raisons qui auraient pu être liées aux lieux ou à des interventions extérieures non maîtrisées. En effet, nous étions dans des pièces calmes et les collègues des infirmières étaient prévenues de leur indisponibilité momentanée.

Bien que nous lui ayons préalablement fait passer le guide d'entretien, l'IDE 1 n'avait pas eu le temps de penser et d'anticiper ses réponses ce qui, finalement, a permis des réponses vraiment spontanées.

Pour l'entretien avec l'IDE 2, des moments de silence et de soupirs ont ponctué l'échange. Cela marque la spontanéité et le naturel dont l'infirmière fait preuve face aux questions.

Nous notons tout de même que les deux infirmières ont demandé de clarifier certaines questions, demandant si nous évoquions les émotions de l'infirmière ou les émotions de la

patiente face à l'IVG. Elles ont hésité pour aborder les éléments pouvant influencer leur accompagnement auprès d'une patiente. Nous avons dû les aider en apportant quelques éléments supplémentaires. Nous avons ressenti que ces nouveaux éléments avaient eu une influence sur les réponses apportées.

De plus, nous avons rédigé quelques questions de relance sur un support séparé du guide d'entretien. Nous ne les avons pas utilisées.

Nous retiendrons de cette expérience que mener un entretien semi-directif est une véritable découverte pour nous. En effet, le fait de n'avoir mené que deux entretiens semble être une limite pour pouvoir réajuster notre posture entre le premier et le second. Mener un entretien demande une capacité de rebond spontanée en fonction d'une réponse ou d'un élément apporté. Dans le cadre de l'initiation à la recherche, nous pensons avoir manqué d'expérience pour agir de cette façon. De plus, nous notons que la difficulté à mener un entretien semi-directif est justement de ne pas guider le professionnel dans ses réponses. C'est difficile car il faut aider son interlocuteur à comprendre une question sans pour autant influencer sa réponse vers ce qui pourrait nous convenir.

### **3.3 Analyse des données de l'enquête empirique et confrontation avec le cadre théorique**

#### **3.3.1 Stratégie d'analyse**

Nos deux entretiens ont été intégralement retranscrits. En plus de nos échanges avec l'infirmière, nous avons pris soin de retranscrire également les temps de pause, les soupirs, les rires, les silences, les répétitions ou encore les onomatopées. En bref, la communication verbale et non-verbale. Pour pouvoir analyser les deux entretiens, nous nous sommes appuyé sur un tableau. La première colonne représente chaque concept traité dans le cadre théorique. Dans les deuxième et troisième colonnes, nous avons rapporté toutes les questions posées lors des

entretiens. La deuxième colonne reprend les réponses aux questions posées à l'IDE 1 et la troisième colonne, celles de l'IDE 2. Nous avons aussi établi un code couleur : les éléments surlignés en jaune représentent les similitudes, en bleu les divergences et en gris nous retrouvons les idées nouvelles. Pour une question de facilité de lecture, toutes les réponses n'ont pas été retranscrites intégralement dans le tableau comparatif. Grâce à ce tableau, l'analyse peut être réalisée de manière linéaire et chronologique. Nous analyserons chaque concept un à un en les traitant réponse par réponse. La confrontation avec le cadre théorique sera réalisée ci-dessous. Le tableau figure en annexe 5.

### 3.3.2 Premier thème : les émotions

Pour commencer, à la question « *D'après vous et votre expérience, qu'est-ce que l'IVG fait surgir chez vous comme émotion(s) ?* », les deux infirmières nous demandent si nous parlons des émotions pour la patiente ou pour l'infirmière. Nous précisons notre demande et expliquons que nous parlons des émotions qui peuvent surgir chez l'infirmière lors de la prise en soin d'une patiente ayant recours à l'IVG. Une fois notre question reformulée, l'IDE 1 répond que l'IVG ne fait pas surgir d'émotion chez elle car elle est positive face à cet acte et qu'elle ne ressent aucune crainte ou inquiétude sur le sujet. Elle explique ne pas ressentir d'émotion car c'est dans sa « façon de penser ». L'IDE 2 explique ne pas aller chercher plus loin. Elle rapporte qu'elle ne se soucie pas des émotions qu'elle peut ressentir car son unique but dans la prise en soin des patientes hospitalisées pour une IVG est de les accompagner, sans se préoccuper de si elle-même ressent des émotions ou non. Nous pouvons donc mettre en lien les propos des deux professionnelles avec ce que rapporte Catherine MERCADIER qui cite : « *ne rien ressentir, ne pas éprouver d'émotions garantit la maîtrise de soi en toutes circonstances* ». Cependant, si l'on reprend la pensée de Walter HESBEEN, il n'y a pas de prise en soin possible si le soignant ne se laisse pas toucher par la situation qui se présente à lui. Après une légère insistance de notre part, l'IDE 1 rapporte qu'elle est dans « l'empathie mais pas dans les émotions » face aux patientes. En ayant cité son parcours professionnel en début de l'entretien, elle nous avouera que le jour où elle ressentira des émotions face à ces femmes, elle changera de lieu d'exercice car cela voudra dire qu'elle ne pourra « plus supporter ses émotions ». Cette révélation fait le

lien avec une expérience professionnelle antérieure alors qu'elle travaillait en service de cancérologie. En effet, elle a quitté ce service le jour où elle a ressenti de la peine pour un patient. Malgré tout, les deux infirmières terminent cette question en expliquant que suivant le contexte dans lequel les patientes se trouvent lorsqu'elles entrent dans le service, il peut leur arriver de ressentir des sentiments voire des émotions. L'IDE 1 ressentira un sentiment de « désolation » alors que l'IDE 2 indiquera se trouver parfois « peinée » face à des jeunes patientes notamment des mineures.

Pour continuer, à la question « *Vous est-il arrivé que vos émotions aient une influence sur votre accompagnement auprès d'une patiente ?* », les deux infirmières s'accordent sur la notion de l'accompagnement. En effet, elles indiquent toutes deux que leur priorité est d'entrer en relation avec la patiente. Elles prennent toutes deux l'exemple d'une patiente qui pleure. L'IDE 1 me parle de « discussion » et de « relationnel » et l'IDE 2 évoque le fait de « passer plus de temps, de poser un peu plus ». Les deux professionnelles reprennent l'idée de Maela PAUL qui explique que porter de l'intérêt à l'autre, le respecter, dialoguer et l'écouter sont des conditions essentielles à un accompagnement de qualité. Nous remarquons alors qu'elles s'attachent à ce que la patiente se sente en confiance et que c'est pour cela que les deux professionnelles portent une grande importance au comportement des femmes. De plus, l'IDE 1 réagit en disant que l'IVG ne « l'atteint pas ». Elle lie son propos à une idée nouvelle : l'IVG est un choix personnel de la patiente. Ainsi pour elle, partant de ce principe, ses émotions ne rentrent pas en jeu et n'émettent aucune influence sur l'accompagnement des patientes. L'IDE 2 nous explique que ce ne sont pas ses propres émotions qui peuvent influencer son accompagnement auprès des patientes mais le rapport que les patientes elles-mêmes possèdent face à l'IVG. Nous comprenons donc que les deux infirmières prennent davantage en considération les ressentis et émotions des patientes que les leurs.

Pour clore ce concept des émotions, à la question « *Que mettez-vous en place pour gérer les émotions que vous ressentez ?* », l'IDE 1 reprend l'idée qu'elle soutient depuis le début de l'entretien. En effet, elle explique que la gestion des émotions de l'infirmière passe d'abord par le ressenti que cette dernière a vis-à-vis de l'IVG. Si l'infirmière ne ressent pas d'émotions face aux patientes ayant recours à l'IVG, alors elle n'aura pas de travail de gestion émotionnelle à réaliser. De plus, elle évoque un des avantages du travail en unité de chirurgie ambulatoire : le

fait de ne jamais être seule et de pouvoir s'appuyer sur ses collègues si une situation est trop difficile émotionnellement parlant pour la professionnelle. Cette notion de travail en équipe intervient également dans la réponse de l'IDE 2. En effet, elle évoque la présence d'une psychologue à qui elle se confie lorsqu'elle ne « va pas bien ». On note ici la présence d'une équipe pluriprofessionnelle, apportant une aide pour les deux infirmières dans la gestion des émotions.

Au travers des réponses des deux infirmières, nous remarquons une idée commune avec la théorie développée par Daniel GOLEMAN sur l'intelligence émotionnelle : celle de la signification de la situation qui se présente à l'infirmière. En effet, si l'infirmière arrive à comprendre la situation d'IVG qui s'offre à elle, alors elle pourra analyser les réactions comportementales de la patiente mais aussi ses propres émotions ou ressentis, pour qu'elle puisse permettre une prise en soin bienveillante de la femme. De plus, nous retrouvons aussi la pensée de Catherine MERCADIER qui explique qu'arriver à maîtriser ses émotions permet à l'infirmière de prendre en soin les patients dans une neutralité. Cependant, nous notons tout de même que d'après les propos des deux infirmières, l'idée évoquée par Walter HESBEEN sur l'impossibilité de prendre en soin un patient si la professionnelle ne se sent pas concernée par sa situation, ne se reflète pas nécessairement sur le terrain.

### 3.3.3 Deuxième thème : l'accompagnement

Pour débiter cette partie, nous avons demandé aux infirmières « *Quelles sont les ressources ou moyens que possède l'infirmière exerçant en service de chirurgie ambulatoire pour accompagner les patientes ?* ». L'IDE 1 s'est appuyé sur des moyens « matériels » en évoquant la prescription de l'anesthésiste afin de mettre à l'aise la patiente tandis ce que l'IDE 2 a évoqué des « ressources » innées ou acquises telles que le fait d'être une femme. Cette position peut alors permettre à l'infirmière de comprendre la patiente, d'être plus dans l'empathie avec elle par rapport à un collègue de sexe opposé. Selon la même infirmière, l'expérience est une grande ressource. Si l'infirmière est confrontée depuis longtemps aux patientes ayant recours à l'IVG, l'accompagnement donné ne sera pas le même par rapport à celui d'une jeune infirmière ou celui d'une infirmière débutante dans le service. L'IDE 1 rapporte de nouveau la notion de « relation ». Pour elle, accompagner de manière satisfaisante la patiente passe par le fait de lui faire comprendre qu'elle n'a aucunement besoin de justifier les raisons qui la poussent à faire pratiquer une IVG auprès de la soignante.

Par la suite, à la question « *Au sein du service dans lequel vous travaillez et dans votre pratique, quel accompagnement proposez-vous aux femmes qui réalisent une IVG ?* », les deux infirmières évoquent l'équipe pluridisciplinaire que les femmes sont amenées à rencontrer. De plus, elles expliquent bien que l'accompagnement ne s'arrête pas seulement le temps de l'hospitalisation mais qu'il est présent en amont et qu'il va au-delà de la prise en soin en UCA : « un rendez-vous est déjà programmé [...] un mois après », « tout est déjà fait avec la conseillère familiale, tout est déjà posé ». De manière générale, on retrouve l'idée de Walter HESBEEN ou Marie-Françoise COLLIÈRE : l'accompagnement, quel qu'il soit, doit mettre l'accent sur l'aspect relationnel et humain. De plus, les deux infirmières rejoignent l'idée de Walter HESBEEN qui décrit qu'apporter son aide à l'autre, c'est avant tout être aidant. C'est expliqué par les deux professionnelles qui expliquent que rester portées sur l'accompagnement à donner à la patiente prime sur la recherche d'éléments de sa vie. Cela permet aussi d'éviter certaines réactions comme le jugement par exemple. Elles prennent donc la patiente en soin, sans se concentrer sur les raisons qui la poussent à avorter.

Pour terminer ce concept, en réponse à la question « *Quels sont les éléments qui peuvent influencer votre accompagnement auprès d'une patiente ?* », les deux infirmières n'ont pas compris notre demande. Elles nous ont demandé ce que nous entendions par « éléments ». Nous avons donc précisé ce terme en donnant des exemples de réponses que nous espérions. Avec du recul, nous pensons que les précisions apportées ont orienté leur réponse. Les deux professionnelles sont d'accord sur le fait que l'âge de la patiente rencontrée peut influencer l'accompagnement. Il en est de même pour les circonstances lorsqu'elles évoquent les « situations sociales et contextes de vie différents ». L'IDE 1 ajoute que la prise en soin d'une patiente « complètement fermée » peut influencer son accompagnement. L'IDE 2 indique qu'un des éléments qui peut également influencer son accompagnement auprès d'une femme, en plus de l'âge et des circonstances, c'est la volonté de la patiente à avorter. Elle explique que l'accompagnement sera influencé si la patiente a fait le choix de son IVG ou si l'acte lui a été imposé par son compagnon ou même sa famille.

Pour conclure sur les réponses apportées aux questions sur l'accompagnement posées aux infirmières, nous pouvons remarquer que l'idée nouvelle de la posture professionnelle de la soignante face à la patiente ayant recours à l'IVG peut avoir une influence positive dans la relation soignant-soigné et plus précisément dans la relation d'aide.

### 3.3.4 Troisième thème : l'interruption volontaire de grossesse

La question introduisant notre concept sur l'IVG est la suivante « *En tant que soignante et citoyenne, quelle vision de la prise en charge de l'IVG en France avez-vous ?* ». Pour l'IDE 1, l'IVG est un sujet et un acte « assez bien tolérés » et pour l'IDE 2, il y a eu énormément d'évolution concernant l'IVG. Toutes deux émettent malgré tout une réserve face à leur propos, en s'interrogeant et en espérant : « est-ce qu'il y a encore eu assez d'évolution ? ... je ne sais pas » ou « enfin, j'espère ! ». Pour l'IDE 1, certains médecins ont encore des difficultés à pratiquer l'IVG. Cette idée rejoint celle d'Isabelle PAULARD qui décrit que certains praticiens ont encore des difficultés dans la prise en charge des IVG, notamment en terme d'accompagnement. L'IDE 2 rejoint l'idée de l'IDE 1 lorsqu'elle évoque dans les réponses aux questions en amont que l'IVG est vraiment une décision « propre à la femme » et que l'infirmière n'a pas à prendre position, à « savoir si c'est bien ou pas bien » car il s'agit là d'un choix personnel. Nous notons tout de même qu'aucune des deux infirmières n'a donné d'adjectif pour qualifier l'IVG. Le terme « tabou » notamment n'a jamais été utilisé alors que c'est pourtant encore une pensée courante de la société lorsqu'on parle de cet acte.

Pour terminer, à la question « *Au cours de votre carrière, quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées dans la prise en soin de certaines femmes en demande d'IVG ?* ». A cette question, l'IDE 1 a évoqué le fait d'accueillir des patientes qui sont encore dans le doute, qui ne savent plus quoi faire. Elle ajoute que le fait de prendre le relais de sa collègue peut poser problème. En effet, une infirmière qui a débuté la prise en soin et l'accompagnement de la patiente mais qui n'a pas réussi à instaurer une relation de confiance et qui quitte son poste car elle a terminé sa journée, laisse à sa collègue une patiente parfois encore méfiante et distante. Ainsi, il faut prendre le relais en essayant d'établir de nouveau une relation de confiance. De plus, elle évoque la difficulté du vocabulaire. L'IDE 1 explique alors que le choix des mots est important car un mot mal employé peut avoir un impact culpabilisateur auprès de la patiente. Elle fait émerger l'idée nouvelle de « discours moralisateur ». L'IDE 2 quant à elle rapporte ne pas avoir eu de difficultés particulières face à l'IVG car elle n'est pas assez ancienne dans le service dans lequel elle travaille pour avoir eu l'opportunité d'en rencontrer. En effet, cela fait « seulement » une année et demie qu'elle travaille dans cette unité. Malgré tout, elle explique

avoir déjà rencontré quelques difficultés en rapport avec la personnalité de la patiente qu'elle prenait en soin.

### **3.4 Synthèse du cadre empirique**

Après avoir confronté les réponses obtenues lors des entretiens avec les éléments de notre cadre théorique, nous avons pu constater que quelques éléments étaient en accord avec les différents théoriciens infirmiers mais que d'autres n'ont pas été rapportés par les deux infirmières.

Le fait d'avoir pu interroger deux infirmières exerçant dans deux établissements différents nous a permis d'observer des points de vue différents concernant l'accompagnement auprès des femmes hospitalisées pour une IVG.

Contrairement à ce que nous avons pu imaginer, les infirmières n'éprouvent pas nécessairement d'émotions face à une patiente hospitalisée pour une IVG.

De façon globale, il ressort l'idée nouvelle que la posture professionnelle de l'infirmière auprès de la patiente est primordiale dans l'accompagnement. En effet, les réponses des deux infirmières se rejoignent sur certains points. Elles expriment de façon très claire que, dans la prise en soin des femmes ayant recours à l'IVG, l'écoute, le dialogue, la relation d'aide et le relationnel au sens large sont des éléments primordiaux, auxquels on ne peut déroger si l'on veut permettre un accompagnement optimal. Pour elles, le plus important est de mettre en confiance la patiente en répondant au maximum à ses interrogations ou ses appréhensions.

## **4 NOUVELLES PERSEPCTIVES**

### **4.1 Problématique**

Pour rappel, à la suite de l'analyse de notre situation d'appel, nous avons rédigé le questionnaire de départ suivant :

« En quoi les émotions de l'infirmière peuvent-elles influencer l'accompagnement d'une patiente hospitalisée pour une interruption volontaire de grossesse ? »

Au travers des diverses réponses obtenues grâce à l'enquête, les idées nouvelles de représentations et de posture professionnelle sont apparues. Ainsi, nous pouvons émettre une problématique d'ouverture de ce travail :

« Dans quelle mesure les représentations de l'infirmière peuvent-elles influencer sa posture professionnelle auprès d'une patiente ayant recours à l'IVG ? »

### **4.2 Hypothèses**

Au regard de notre nouvelle problématique, nous pouvons émettre quelques hypothèses de recherche :

- L'infirmière a un rôle majeur dans la prise en soin des femmes ayant recours à l'IVG durant l'intégralité de leurs parcours de soin.
- Les représentations sociales liées à l'IVG conditionnent-elles la prise en soin de l'infirmière auprès d'une patiente ?
- La posture professionnelle d'une infirmière peut-elle être influencée par ses représentations sociales sur l'IVG ?

## CONCLUSION

Mon travail de fin d'études prend fin. Il met un terme à trois années de formation infirmière, riches et intenses et marque également le changement de mon statut. Je passe désormais d'étudiante infirmière à Infirmière Diplômée d'Etat.

Ce travail d'initiation à la recherche a nécessité de l'engagement et de l'investissement mais s'est avéré très enrichissant. En effet, j'ai pu parfaire mes connaissances grâce aux travaux de différents théoriciens infirmiers. J'ai pris conscience de l'importance de l'accompagnement auprès des patients mais aussi de la prise en compte de mes émotions afin de pouvoir en assurer la maîtrise la plus personnelle possible.

De façon générale, j'ai toujours accordé une importance majeure à l'accompagnement que je donnais aux patients mais encore plus aux patientes que j'ai pu rencontrer dans le cadre d'une IVG. Il me semblait notamment essentiel de pouvoir entendre leurs doutes ou leurs inquiétudes. Avec du recul, j'ai compris qu'être une infirmière compétente ne signifie pas systématiquement être en capacité d'employer les mots justes pour toutes les situations mais qu'il s'agit avant tout de se connaître soi-même et de connaître ses limites. J'ai compris qu'accompagner ces femmes relevait d'une posture professionnelle infirmière singulière et d'une attitude adaptée.

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis de faire évoluer ma perception de la prise en soin et de l'accompagnement des patients. Il m'a aussi permis de réfléchir sur la conduite de mes futures pratiques en soins infirmiers.

## BIBLIOGRAPHIE

- BRULE, A., & SEGAIN, H. (2015, Décembre). L'IVG instrumentale. (E. Masson, Éd.) *La revue de l'infirmière*(216), pp. 24-26. Récupéré sur <https://documentation.irfss-ra.fr/proxy/570e03be/https/www.em-premium.com/showarticlefile/1019436/main.pdf>
- CODE DE LA SANTE PUBLIQUE . (s.d.). *Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse*. Consulté le Décembre 2018, sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006687521&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
- COLLIERE, M.-F. (2001). *Soigner... Le premier art de la vie*. Elsevier Masson. Consulté le Janvier 2019
- DIRECTION DE LA RECHERCHE, D. E. (2018, Septembre). Consulté le Novembre 2018, sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>
- DOILLON, M.-L. (2017, 02 15). Les mécanismes de défense. *Cours IRFSS*. VALENCE.
- DOS SANTOS, D. (2016). *TFE Accompagnement des personnes porteuses de colostomies*. VALENCE. Consulté le Janvier 2019, sur <http://eformation-rhone-alpes.croix-rouge.fr/courses/RAVALRI/document/TFE2016/DOSSANTOSDavid.pdf>
- FONTAINE, M. (2009). *L'accompagnement, un lieu nécessaire des soins infirmiers...* . (D. B. Supérieur, Éd.) Consulté le Février 2019, sur Cairn.info: <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2009-3-page-53.htm>
- FORMARIER , M., & JOVIC, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon: Mallet Conseil .
- GOLEMAN , D. (2014). *L'intelligence émotionnelle (Intégrale)*. J'ai lu . Consulté le décembre 15, 2018
- HESBEEN, W. (2010). *Prendre soin à l'hôpital*. Elsevier Masson. Consulté le février 3, 2019

LAROUSSE. (s.d.). *Accompagnement*. Récupéré sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagnement/469?q=accompagnement#462>

LAROUSSE. (s.d.). *Dictionnaire de français*. Récupéré sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/singularit%C3%A9/72863?q=singularit%C3%A9#72046>

LAROUSSE. (s.d.). *Emotion*. Consulté le Octobre 2018, sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829?q=emotion#28701>

LAROUSSE. (s.d.). *Interruption volontaire de grossesse*. Consulté le Janvier 2019, sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interruption/43845/locution>

LAROUSSE. (s.d.). *Soins*. Récupéré sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soins/73237>

LAROUSSE, L. (s.d.). *Singularité*. Consulté le Octobre 2018, sur Dictionnaire de français: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/singularit%C3%A9/72863?q=singularit%C3%A9#72046>

LE PLANNING FAMILIAL. (s.d.). *L'avortement, un droit à défendre ! Nos revendications*. Consulté le Février 2019, sur <http://ivg.planning-familial.org/articles/nos-revendications-0053>

LEGIFRANCE. (s.d.). *Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse*. Consulté le Octobre 2018, sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000700230>

LEGIFRANCE;. (s.d.). *Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé, article L. 2212-1*. Consulté le Octobre 2018, sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&idArticle=JORFARTI000031913761&categorieLien=cid>

- MERCADIER, C. (2012). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Seli Arslan. Consulté le Janvier 9, 2019
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE . (2017, 02). *Interruption volontaire de grossesse (IVG) Dossier-guide*. Consulté le Décembre 2018, sur [https://sante.clermont-universite.fr/sites/sante/IMG/pdf/guide\\_ivg\\_2017-3.pdf](https://sante.clermont-universite.fr/sites/sante/IMG/pdf/guide_ivg_2017-3.pdf)
- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. (2018, 06 25). Consulté le Novembre 2018, sur Interruption volontaire de grossesse (IVG) - dossier guide - : [https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-06/Guide%20IVG\\_2018\\_dossier%20guide\\_HD\\_0.pdf](https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-06/Guide%20IVG_2018_dossier%20guide_HD_0.pdf)
- ODEYER, J. (2018, Novembre 26). Le travail émotionnel de l'infirmière. *Cours IRFSS*. VALENCE.
- ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS. (2016, 11 25). *Code de déontologie des infirmiers, article R4312-11*. Consulté le Octobre 2018, sur [https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto\\_web.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf)
- OUHARZOUNE, Y. (2014, Novembre). IVG : une loi et un droit. (E. Masson, Éd.) *La revue de l'infirmière* (205), p. 1. Récupéré sur <https://documentation.irfss-ra.fr/proxy/570e03be/https/www.em-premium.com/showarticlefile/935994/main.pdf>
- PAUL, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. L'Harmattan. Consulté le Janvier 2019
- PAULARD, I. (2015, Décembre). Accompagnement et formation des équipes soignantes à l'IVG. *La revue de l'infirmière*(216), pp. 28-29. Récupéré sur <https://documentation.irfss-ra.fr/proxy/570e03be/https/www.em-premium.com/showarticlefile/1019438/main.pdf>
- PLANNING FAMILIAL. (2017, Février). *L'avortement [les focus]*. Récupéré sur [https://www.planning-familial.org/sites/internet/files/2017\\_02\\_focus\\_avortement\\_centredoc\\_pf.pdf](https://www.planning-familial.org/sites/internet/files/2017_02_focus_avortement_centredoc_pf.pdf)

POLYVALENCE, brisons les silences. (2017). Consulté le Mars 2019, sur Deuxième partie :  
IVG : une longue histoire: <http://assopolyvalence.org/infos/informations-sante/infos-ivg/ivg-une-longue-histoire/>

REPUBLIQUE FRANCAISE. (s.d.). *Toute l'information sur l'interruption volontaire de grossesse*. Consulté le Septembre 2018, sur <https://ivg.gouv.fr/>

RESEAU PERINATAL DU VAL D'OISE. (s.d.). *S'informer sur l'IVG?* Consulté le Janvier 2019, sur <https://www.rpvo.org/IVG>

TPE & co. (s.d.). *Travaux personnels encadrés, la bioéthique, avortement*. Consulté le Mars 2019, sur <http://tpe.bioethique.free.fr/avortement.html>

## **ANNEXES**

Annexe 1 : courrier de demande d'entretien

Annexe 2 : guide d'entretien

Annexe 3 : retranscription de l'entretien n°1

Annexe 4 : retranscription de l'entretien n°2

Annexe 5 : tableau comparatif des deux entretiens

Annexe 1 : courrier de demande d'entretien

Mylène GOLLIARD  
Etudiante en Soins Infirmiers  
IRFSS Auvergne Rhône-Alpes  
Site de Valence  
76 Chemin de Ronde  
26000 Valence

X.X@X.fr  
06.XX.XX.XX.XX

**Madame X**  
**Directrice des soins**  
**Centre hospitalier X**

A Valence  
Le 02/04/2019

Guidant : Mme Gaelle NABAIS-JORGE

Objet : Enquête empirique dans le contexte du Travail de Fin d'Etudes

Madame la Directrice,

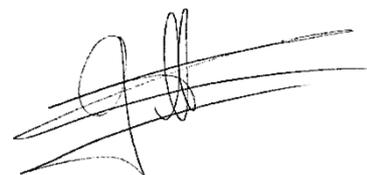
Etudiante en Soins Infirmiers de 3<sup>ème</sup> année, je réalise mon travail de fin d'études sur le thème de l'influence des émotions de l'infirmière sur son accompagnement lors de la prise en soin d'une patiente hospitalisée pour une interruption volontaire de grossesse.

Pour la réalisation du cadre empirique de mon travail, j'ai fait le choix de mener un entretien semi-directif auprès d'une infirmière de chirurgie ambulatoire.

C'est pourquoi je sollicite votre autorisation pour réaliser cet entretien d'une durée de 30 minutes. Ce dernier sera enregistré puis retranscrit en respectant l'anonymat du professionnel interrogé. De plus, l'enregistrement sera effacé une fois la soutenance orale de mon travail passée.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma demande, je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de mes salutations respectueuses.

Mylène GOLLIARD



## Annexe 2 : guide d'entretien

Question de départ : En quoi les émotions de l'infirmière peuvent-elles influencer l'accompagnement d'une patiente hospitalisée pour une interruption volontaire de grossesse ?

### ➤ **Présentation et parcours de l'infirmière interviewée**

*N.B Les éléments de réponse obtenus à ces questions me servent uniquement à établir le contact avec l'infirmière. Ils ne seront pas analysés par la suite.*

- En quelle année avez-vous obtenu votre D.E. ?
- Quel est votre parcours professionnel ?

### ➤ **Les émotions**

- D'après vous et votre expérience, qu'est-ce que l'IVG fait surgir comme émotion(s) ?  
Pouvez-vous développer ?
- Vous est-il arrivé que vos émotions aient une influence sur votre accompagnement auprès d'une patiente ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ? Pouvez-vous me donner des exemples ?
- Que mettez-vous en place pour gérer les émotions que vous ressentez ?

### ➤ **L'accompagnement**

- Pour vous, quelles sont les ressources ou moyens que possède l'infirmière exerçant en service de chirurgie ambulatoire pour accompagner les patientes ?
- Au sein du service dans lequel vous travaillez et dans votre pratique, quel accompagnement proposez-vous aux femmes qui réalisent une IVG ?
- Quels sont les éléments qui peuvent influencer votre accompagnement auprès d'une patiente ?

### ➤ **L'interruption volontaire de grossesse**

- En tant que soignante et citoyenne, quelle vision de la prise en charge de l'IVG en France avez-vous ?
- Au cours de votre carrière, quelles sont les difficultés que vous avez rencontré dans la prise en soin de certaines femmes en demande d'IVG ?

Annexe 3 : retranscription de l'entretien n°1

IDE : **En quelle année avez-vous obtenu votre D.E. ? En 1991 ! Quel est votre parcours professionnel ?** J'ai travaillé 8 ans en médecine interne, cancérologie, après pendant 15 ans en chirurgie urinaire, sto, vasculaire, et là je suis en ambulatoire depuis... on va dire 4 ans, 5 ans à peu près.

5 **IDE : D'après vous et votre expérience, qu'est-ce que l'IVG fait surgir comme émotion(s) ? Pouvez-vous développer ? Pour moi ou pour la patiente ?**

Moi : Pour vous, c'est par rapport à l'infirmière.

IDE : Alors moi j'allais dire euuuh... alors tu tombes sur une infirmière qui est positive face à l'IVG. Voilà, j'ai pas de craintes et j'ai pas d'inquiétudes par rapport à l'IVG parce que j'ai 50  
10 ans, parce que j'ai une fille, j'ai un fils qui sont en âge de procréer et parce que c'est ma façon de penser. Moi personnellement je n'ai jamais eu besoin de l'IVG mais je connais beaucoup de gens autour de moi qui en ont eu besoin en étant jeune et qui étaient contentes de me trouver et qui m'en ont parlé. Ce qui m'a aidé, il y a quelques années, il y a 4 ou 5 ans de ça, c'est un film sur euuuh... celle qui avait mis en place l'IVG...

15 Moi : Euuuh Simone VEIL.

IDE : Ce film retrace sa vie et celle des patientes et après ce film il y a eu un débat où il y avait des médecins anciens qui avaient pratiqué des IVG illégales à cette époque et il y avait des sages-femmes aussi qui l'avaient fait et des patientes qui ont témoigné. Et ça ça m'a beaucoup aidé parce que ce reportage je l'ai vu presque avant de venir en ambulatoire et ça m'a  
20 énormément aidé aussi.

Moi : C'est-à-dire aidé aussi ?

IDE : A dire merci la loi, merci Simone Veil. Après il est vrai que quand tu as des patientes qui arrivent pour leur 6<sup>ème</sup> IVG ça te désole toujours. Les émotions dépendent de pourquoi la personne vient pour son IVG, euuuh... voilà il y a plein de raisons à l'IVG. Ce qui est le plus  
25 dur, c'est quand la personne veut garder sa grossesse mais qu'elle peut pas à cause de sa une situation sociale. Et c'est là que c'est dur. Dans mon métier je n'ai jamais eu besoin de parler

de mon travail, à l'extérieur. Voilà, j'arrive très bien à sortir de mon travail, parce que j'ai fait 8 ans de cancérologie qui font que voilà... la relation avec les patients est pas la même quoi.

30 Moi : ça vous a aidé d'avoir travaillé en cancéro pour prendre du recul par rapport à vos émotions face à ces patientes ?

IDE : Etats d'âme tu veux dire ?

Moi : Oui par exemple.

35 IDE : Moi, la personne qui vient pour une IVG ça ne me peine pas ou autre, comme d'ailleurs les autres patients que je rencontre. Je serai dans l'empathie mais pas dans les émotions. De toute façon, le jour où je me ressentirai dans la peine ou quoi que ce soit comme émotions, je changerai de service. Ça voudra dire que je ne pourrai plus supporter mes émotions.

Moi : D'accord. **Vous est-il arrivé que vos émotions aient une influence sur votre accompagnement auprès d'une patiente ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ? Pouvez-vous me donner des exemples ?**

40 IDE : Non. Ma priorité pour les patientes est la discussion et le relationnel. Tout ce qui est technique, pour moi j'arrive à faire le relationnel en même temps que la technique parce que j'ai de l'ancienneté donc c'est le relationnel qui passe et toute la technique arrive en même temps : poser un cathlon, prendre la tension, moi ça passe en même temps que le reste. Et mon 1<sup>er</sup> but surtout pour les IVG, c'est déjà d'avoir une relation entre la patiente et moi très  
45 rapidement et de voir comment elle est, comment elle se comporte, et comment elle est vis-à-vis de son IVG. J'essaye de repérer ça, c'est important. Savoir si on est dans les peurs, si on est dans les pleurs, si on est dans la tristesse, dans l'angoisse, dans l'énervement, dans le stress, dans toutes ces réactions que peuvent créer l'IVG. Ou dans le côté euuuh... c'est comme ça et il y a pas d'autre solution et pas dans le je m'en foutiste mais le côté tu sais c'est comme ça  
50 quoi, qui prend les choses parce qu'il faut les prendre et puis tu as aussi le côté où j'en suis à ma 6<sup>ème</sup> IVG parce que je me suis fait enlever mon implant, je me suis fait enlever mon stérilet parce que je voulais pas le garder et qu'il y a 4 mois elle est déjà venue pour une IVG et c'est comme ça.

Moi : D'accord. Et donc vous par rapport à une situation comme ça, vos émotions ce serait  
55 plutôt quoi ? Plutôt être en colère, contre les raisons qui poussent finalement cette dame à faire  
une IVG, enfin plutôt de la tristesse... ?

IDE : Non non, j'aurai ni de la tristesse, ni de la colère. J'aurai pas de pitié, non non. Ce qui est  
important pour moi quand elles viennent c'est qu'elles soient à leur aise, c'est que je puisse les  
60 préparer pour qu'elles puissent descendre au bloc, le plus à leur aise possible, et qu'elles  
enlèvent toute cette euuh... déjà elles ont peur de savoir quelle infirmière va les prendre en  
charge. Les patientes qui sont euuh cool, baba cool, elles elles ont jamais peur, c'est pas le  
souci. Mais pour celles qui sont dans la peur, dans la tristesse, dans le questionnement encore,  
est-ce que je fais les choses bien ? même si elles ont pris la décision et que c'est un choix de le  
faire, déjà moi j'essaye de les décontracter vis-à-vis de moi de savoir qu'elles peuvent, euuh  
65 voilà... de savoir que moi ça m'atteint pas. Déjà c'est une barrière pour elles qui est positive,  
ça veut dire qu'elles...voilà... et je leur fait comprendre que si elles sont là c'est quand tant  
mieux et merci la loi. Et quand je rentre dans les chambres et qu'elles sont en pleurs, le plus  
souvent c'est les plus jeunes et même les plus âgées, moi j'essaye toujours de... mais c'est mon  
mode de fonctionnement, de savoir pourquoi elles pleurent. Après elles peuvent être en pleurs  
70 seulement parce qu'elles ont laissé un petit à la maison...

Moi : Ah oui c'est pas forcément lié à l'IVG... à l'acte en soi.

IDE : et ça les inquiète et c'est pas forcément lié à l'acte en soi. J'essaye de voir très rapidement  
comment est la patiente.

Moi : Ok, très bien. **Que mettez-vous en place pour gérer les émotions que vous ressentez ?**

75 IDE : Mais ça, gérer les émotions c'est en fonction de ton ressenti que tu as vis-à-vis de l'IVG.  
Si tu es euuh... si t'as une réserve négative face à l'IVG mais que tu te sens obligée d'y aller,  
de le faire en tant qu'infirmière... alors l'avantage que l'on a, c'est que tu sais qu'on est pas  
obligées. Tu n'es pas obligée de prendre en charge la personne. L'avantage de l'ambulatoire  
c'est qu'on est jamais toute seule comme infirmière. Donc tu peux laisser ta collègue euuh...  
80 si tu sens pas la personne euuh...

Moi : Gérer cette patiente-là pour éviter d'être confrontée...

IDE : Oui voilà, je trouve que c'est la meilleure des protections. Si tu ne le ressens pas ou si tu es une jeune infirmière qui vient de débiter euuh... ah bin c'est la meilleure chose à faire.

Moi : Oui, déléguer finalement euuh... cette prise en soin.

85 IDE : Pour moi, m'occuper d'une personne qui vient pour une IVG c'est pas la patiente la plus dure, c'est pas du tout la plus compliquée !

IDE : **Quelles sont les ressources ou moyens que possède l'infirmière exerçant en service de chirurgie ambulatoire pour accompagner les patientes ?** Ce qui est très important c'est voilà, ce que je te disais, c'est de les mettre à leur aise, donc dans les ressources et les moyens  
90 on peut déjà avoir la prescription de l'anesthésiste.

Moi : D'accord.

IDE : Si l'anesthésiste a prévu un hypnotique, un Hypnovel®, déjà on peut lui demander si elle le veut. Toi quand tu parles d'IVG tu parles vraiment d'IVG ? Tu parles pas des grossesses arrêtées ? Des œufs clairs, tout ça... ?

95 Moi : Non non, je parle bien des interruptions volontaires !

IDE : Et puis t'as aussi l'autre situation d'IVG, je ne sais pas si tu te l'ai posé euuh... tu as l'IVG qui se transforme en grossesse arrêtée. Est-ce que tu as traité de ça ?

Moi : Alors non, je ne suis pas rentrée dans ces détails-là...

IDE : Alors en fait au départ la patiente vient pour une IVG, elle a pris cette décision mais la  
100 veille, elle a perdu un peu de sang ou elle a fait je sais pas quoi, des douleurs, elle vient pour faire une écho la veille ou l'avant-veille et on trouve qu'on est dans un œuf clair. C'est transformé en grossesse arrêtée du coup. Mais mentalement elle vient pour une IVG. Tu as encore toutes ces patientes là mais tu m'as dit que tu rentrais pas dedans c'est ça ?

Moi : Non non, mon mémoire ne portera pas sur ces cas-là en tout cas.

105 IDE : Euuh... les moyens que l'on a ? Eh bien je te dis, c'est vraiment pour les décontracter si il y a besoin, c'est l'anesthésiste, si vraiment la patiente est trop trop stressée et que je n'y arrive pas, je vais faire appel à l'anesthésiste pour déjà prévenir le bloc de l'état de la patiente,

dans quel état ma patiente va descendre. Après, le bloc va faire son travail aussi euuh... et puis surtout la relation. Moi je trouve que déjà, euuh... faire comprendre à la personne qu'elle a pas besoin de se justifier vis-à-vis de moi, qu'elle a pas besoin de... voilà... de oui, de se justifier de sa raison de pourquoi elle est là. Et puis quand je vois qu'elles ont de la crainte, qu'elles te le disent, qu'elles vont pleurer, tu sens dans le comportement que... elles ont pas forcément envie de venir et souvent moi je les ramène beaucoup à Simone VEIL et à ce film. Je leur dis si t'as la possibilité de le regarder, regarde-le, va voir et tu diras merci Simone VEIL. Et je leur dis tu verras ce que les femmes vivaient dans d'autres pays, ce qu'elles vivent encore, ce qu'elles euuh... voilà, sans avoir tout ça.

Moi : C'est vrai qu'en France, on a de la chance que ce soit légalisé comme acte et... ça permet peut-être, en tout cas pour certaines patientes, de dédramatiser entre guillemets par rapport à ça et de se dire que c'est autorisé par la loi. Enfin, j'y ai droit et pourquoi je le ferais pas si j'en ai l'envie.

IDE : Mais même si t'en as l'envie et même si c'est légalisé, l'acte est pas simple. Et ça restera dans ta vie et c'est incrusté. Et plus important justement, je trouve que quand l'hospitalisation peut bien se passer, est-ce que ça aide pas aussi les personnes à faire le chemin dans leur tête pour leur future grossesse ? Parce que c'est ça aussi qui est important. C'est pas juste penser à l'IVG. Moi je leur dis toujours, surtout les plus jeunes qui peuvent avoir des autres grossesses, va bien ton rendez-vous de contrôle au bout d'un mois, pas seulement pour un rendez-vous de contrôle mais ça permet de voir ton utérus pour une prochaine grossesse, pour le jour où tu auras envie d'avoir une autre grossesse. Voir si tout s'est bien remis en place, tout l'utérus est propre quoi.

Moi : En bonne, condition pour renouveler une grossesse...

IDE : Voilà voilà, et moi ça je leur en parle de ça, tout le temps et c'est important. Après donc, j'ai eu le cas de une ou deux jeunes filles, c'était des jeunes, qui disaient à leurs parents qu'elles allaient faire les soldes... Donc le matin elle avait pris le bus, en plus elle habitait loin donc elle était venue avec une copine, donc elle était venue ici, elle repartait en bus avec sa copine donc accompagnée, mais le souci c'est que le bloc a été fait trop tard. Plus tard. C'est que... pour les soldes normalement à 19h c'est fini quoi, 18h tu dois être chez toi. Donc euuh... c'est ce que

je lui ai dit. Et au début elle me l'avait pas dit, et c'est au retour je trouvais qu'elle était pas bien et je lui ai dit mais comment tu rentres ? En bus, avec ta copine ? Et qu'est-ce que t'as dit à tes parents ? Eh bin, j'ai dit que j'allais en ville... Eh bin j'ai dit, écoute tu vas vite appeler tes  
140 parents au moment où tu devais prendre ton bus et puis tu vas leur dire que tu as loupé ton bus. Et puis tu en prendras un autre. Mais il n'y avait plus de bus pour remonter là où elle était donc on a fait venir un VSL et le VSL je lui ai bien dit de ne pas la laisser devant chez elle quoi... De la laisser à l'arrêt de bus. Mais c'est très compliqué parce qu'il fallait que personne dans le village la voit, sortir du taxi euuuh... tu vois ?

145 Moi : Oui c'est ça finalement c'est camouflé tout ce chemin du retour...

IDE : C'est pas juste faire une IVG, pour cette jeune fille c'était pas juste faire cette IVG. C'était tout ce qui était autour. Elle me disait oui mais si le taxi me laisse et qu'on me voit euuuh et que les voisins me voient etc... Alors je lui disait bin écoute t'as ta copine avec toi donc essaye de marcher, t'as le droit de rentrer à pied de toute façon si tu te sens bien tu as le droit d'être à  
150 pied donc fais en sorte que le taxi te laisse. C'était l'hiver, il y avait la nuit mais voilà...

Moi : Il faut tout calculé pour euuuh... Justement avec cette histoire, on voit bien que votre accompagnement en tant qu'infirmière, il s'arrête pas à l'acte en soi et à l'hôpital. Il y a le post aussi IVG qui est important...

IDE : C'est ça, et puis il y la nuit aussi, comment elle va se passer... Parce que c'est ce que je  
155 lui disais, je lui disais mais qu'est-ce qui va se passer si cette nuit tu saignes ? Qu'est-ce qui va se passer s'il faut que tu reviennes aux urgences ? S'il faut que tu fasses le 15 ? Là elle me dit, je l'ai pas envisagé... On va croiser les doigts pour qu'il se passe rien... Mais ça a passé donc tant mieux, écoute tant mieux... Oui donc tout le rapport avec les patientes c'est aussi l'après, l'accompagnement, le lendemain, moi je leur dit bien qu'il faut pas avoir peur de nous appeler  
160 si la nuit ou le lendemain ça va pas, pas craindre de nous appeler, même au bout d'une semaine. Moi personnellement elles me disent beaucoup merci, à mes collègues aussi peut-être mais elles disent beaucoup merci sur la prise en charge à l'entrée, à l'accompagnement. Alors est-ce que parce que je suis maman et que j'ai deux enfants et que voilà... je cocoone peut-être un peu. Parce que moi je me suis toujours dit que si mes enfants avaient besoin d'une IVG, j'espère

165 qu'ils viendront me voir. S'ils viennent pas me voir, j'espère qu'ils viendront voir quelqu'un d'autre, qu'ils ne resteront pas tous seuls même s'ils sont majeurs. C'est ça qui est important.

Moi : Après, tout ça c'est propre à chaque patiente.

IDE : Oui. Tu as aussi le cas des femmes mariées où le mari est pas forcément au courant. Tu as encore ça aussi... Déjà quand les patientes arrivent accompagnées, je demande toujours à la  
170 patiente si l'accompagnant peut rester. Si elle veut qu'il reste. Si je sens qu'ils savent plus, je mets le compagnon dehors, j'ai pas besoin de vous, j'ai besoin d'être seule avec la patiente et voilà c'est comme ça. Mais ça j'allais dire tu le sens parce que tu le vois tout de suite quand tu rentres dans la chambre. Je ne sais pas si je réponds assez à tes questions ?

Moi : Euh... on peut peut-être revenir à la question principale et aux moyens que vous avez  
175 pour accompagner ces patientes lors de leur IVG...

IDE : Et puis je te dis aussi, un des moyens et des ressources, c'est que si vraiment pour X raison je serai mal dans ma peau ce jour-là, je passe la main à ma collègue. Il faut passer le relais. Bien sûr si je suis seule je n'ai pas le choix... mais c'est la même chose pour toutes les situations.

180 Moi : Tout à fait oui.

IDE : Et puis j'allais te dire aussi, ce qui est important c'est de... pas de gérer les choses pour les patientes... mais de les accompagner. Nous on a pas un rôle en ambulatoire que le jour où le patient arrive. On appelle les patientes la veille et l'appel téléphonique de la veille est aussi très important parce qu'on appelle la patiente et personne de sa famille. On demande à parler à  
185 la patiente, c'est pas le conjoint machin, c'est la patiente. Et là c'est important aussi de dédramatiser le truc de son hospitalisation, de lui expliquer comment elle va être accueillie, comment elle va venir, comment ça va se passer, et bien rappeler les choses du type s'il faut qu'elle rapporte un stérilet, quelque chose qui est prescrit par la gynéco, de pas oublier, c'est important. Et puis de commencer déjà à redonner les conseils.

190 Moi : Tout ça finalement ça vous permet de l'accueillir dans des conditions peut-être meilleures par rapport à ce qu'elle pourrait se représenter...

195 IDE : Bin déjà ça permet à la personne de savoir où elle va venir et qui elle va rencontrer. C'est important. C'est vrai que des fois quand tu es aux appels de la veille et que le lendemain tu sais que c'est toi qui va accueillir la patiente, ça aide beaucoup. Je leur dit que c'est moi qui vais être dans le service, on se reverra demain.

Moi : Oui, ça donne aussi un repère aux patientes, c'est important pour elles.

IDE : Bien sûr. **Au sein du service dans lequel vous travaillez et dans votre pratique, quel accompagnement proposez-vous aux femmes qui réalisent une IVG ?** Je crois qu'on en a parlé...

200 Moi : L'accompagnement euuh... dans cette question c'est plutôt par rapport à par exemple est-ce qu'au retour de bloc vous leur donner un numéro de téléphone, quelque chose à contacter mais par exemple d'une structure extérieure à l'hôpital ou autre...

205 IDE : Déjà, les patientes ont automatiquement un rendez-vous qui est programmé pour être vues un mois après en échographie au sein de l'hôpital. Ça ça a déjà été remis par les gynécologues quand elles ont été vues en... je ne sais plus comment s'appelle le service qui s'occupe des IVG...

Moi : En centre d'orthogénie ?

210 IDE : Oui voilà ! forcément elles ont ce rendez-vous. C'est important de leur demander si elles ont pas perdu ce rendez-vous et qu'elles l'ont toujours. Quand elles partent de notre service, elles ont des documents d'information et s'il y a quoique ce soit pendant la nuit, elles savent qu'il faut contacter le 15 qui va les diriger vers les urgences gynécos. Ça elles le savent toutes et elles partent toutes avec ces papiers et ces coordonnées. Ensuite, elles sont revues par les médecins le soir-même de l'intervention et le médecin qui a fait l'IVG redonne les mêmes consignes que nous. On parle bien de l'IVG et pas d'une grossesse arrêtée, parce que pour une  
215 grossesse arrêtée, les femmes auront accès à une psychologue, une psychologue dédiée à la gynéco.

Moi : D'accord, donc ça c'est pas prévu pour les IVG ?

IDE : Alors ça peut être prévu, on peut aussi leur donner l'adresse de la psychologue mais c'est pas systématique. Après, le gynéco quand il les revoit, il leur demande obligatoirement qui va faire le suivi après, s'il y a quelqu'un qui va faire le suivi ou pas et bien leur expliquer surtout...  
220 ce qui est important pour les IVG, le gynéco le fait mais moi je sais que j'aime bien le faire, quand elles viennent pour poser un implant ou pour poser un stérilet eh bien c'est de ne pas faire enlever l'implant ou autre deux mois après parce que ça leur convient plus. Alors après c'est différent si elles le tolèrent plus, s'il y a une allergie, si elles le supportent plus c'est  
225 différent, mais si c'est seulement parce que la copine elle a dit que c'était pas bien... Voilà il faut aussi remettre le contexte. **Quels sont les éléments qui peuvent influencer votre accompagnement auprès d'une patiente ?** Influencer comment ?

Moi : Influencer dans le sens de modifier la prise en charge de la patiente pensée ou prévue au départ...

230 IDE : Bien sûr, la relation sera pas la même avec des patientes d'âges différents, avec des situation sociales et des contextes de vie différents... La prise en charge restera la même mais la relation avec la patiente sera complètement différente. Les patientes qui sont complètement fermées aussi vont venir impacter l'accompagnement. Je vais essayer mais si je vois que j'arrive pas à rentrer en relation avec elles alors je... je... je... je vais pas dire j'abandonne mais c'est  
235 leur bulle. Des fois tu essayes d'être dans l'empathie, tu es dans l'empathie mais des fois tu t'aperçois qu'en remontant du bloc elles sont mieux. Parce que le renfermement peut être dû à plein de choses : la peur du bloc, la peur de pas se réveiller, la peur de faire une hémorragie, la peur de l'anesthésie et parfois juste la peur de la pique... Des fois tu ne sais pas si le mutisme est dû à l'IVG ou à une peur quelconque mais tu sens que la relation ne s'installe pas et que la  
240 patiente ne veut pas de la relation. Après ça n'empêche pas d'y retourner quelques temps après le premier passage. Je ne suis jamais tombé sur une personne euuuh... vraiment de ma connaissance ou des copines de mes enfants. Si un jour, ça arrive, je lui demanderai déjà si elle accepte que je m'occupe d'elle.

Moi : D'accord.

245 IDE : **En tant que soignante et citoyenne, quelle vision de la prise en charge de l'IVG en France avez-vous ?** Je crois qu'en France certains médecins ont encore du mal à pratiquer les

IVG et tous les anesthésistes ne sont pas pour pose une anesthésie pour une patiente pour qui vient pour une IVG... sauf en cas d'urgence vitale. Les délais d'attente pour une IVG peuvent parfois être longs et atteindre quelques semaines. J'ai l'impression que l'IVG est quand même assez bien tolérée, enfin j'espère ! J'espère... Après j'en parle très peu autour de moi.

**IDE : Au cours de votre carrière, quelles sont les difficultés que vous avez rencontré dans la prise en soin de certaines femmes en demande d'IVG ?** Je dirais les patientes qui arrivent en pleurs dans le service avant l'intervention car elles sont encore dans le doute. A ce moment-là, moi j'appelle le gynéco pour qu'elle revoie la patiente et qu'elle puisse poser à nouveau les choses et échanger sur l'acte. C'est important car tu ne peux pas forcer les femmes à faire quelque chose... Même si elles ont déjà signé le consentement pour l'intervention avant même d'arriver dans le service, je pars du principe qu'on est pas en prison ! et que si la patiente veut faire demi-tour, elle a le libre choix de faire ce qu'elle veut. Par contre, je fais attention à ce que ça reste dans un cadre logique, c'est-à-dire qu'on fait pas n'importe quoi... On fait demi-tour si on veut mais avant on voit le gynéco, on voit le médecin, on voit une personne médicale euuh... voilà. Et puis ça peut arriver, une personne stressée, qui ne veut plus rien faire mais voilà on prend le temps de poser les choses parce qu'il y a des choses à faire.

Moi : Oui, finalement c'est reposer le cadre aussi...

IDE : Oui comme tu le dis, finalement c'est toi qui fixe les règles, tu poses le cadre tout en faisant comprendre à la personne que c'est elle qui décide quand même. Après par rapport à certaines difficultés, il y a aussi le fait de prendre le relais de la collègue du matin par exemple. Tu peux avoir une patiente qui vient pour une IVG, qui est rentrée le matin et que ta collègue du matin a pris en charge, et qui va te faire comprendre quand tu vas la récupérer après l'intervention que la relation ne s'est pas forcément bien passée, qu'elle a ressenti une certaine crainte, etc... C'est rare... mais ça peut arriver. Il faut établir de nouveau une relation avec la patiente. Il faut aussi faire attention aux mots que l'on emploie, pour ne pas avoir de discours culpabilisateur.

Moi : Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé. Je vous remercie.

IDE : Courage pour la fin et bonne continuation à toi !

Annexe 4 : retranscription de l'entretien n°2

IDE : **En quelle année avez-vous obtenu votre D.E. ?** 1987, je suis une vieille !

\*Rires\*

IDE : Mon parcours professionnel ? J'ai travaillé 5 mois dans un service de cardio, euuh... 10  
mois dans une clinique, 1 an dans un lycée comme infirmière scolaire, 5 mois à domicile, en  
5 gros à peu près 10 ans auprès des personnes âgées entre moyen séjour, long séjour, maison de  
retarite et 19 ans aux urgences et ici depuis à peu près 1 an et demi.

Moi : D'accord.

IDE : 1 an et demi entre service de chirurgie ambulatoire et oncologie. Voilà.

Moi : Très bien.

10 IDE : Mon expérience : qu'est-ce que **qu'est-ce que l'IVG fait surgir comme émotion(s) ?**  
Par rapport à quoi ? A moi ou à elles ?

Moi : Oui, par rapport à vous.

IDE : Comme émotions...

Moi : Ca peut être des émotions positives ou négatives.

15 IDE : Alors j'essaye de paaas, pas trop chercher plus loin. Je suis là plus pour accompagner la  
personne que pour me poser la question de savoir ce que ça va faire à moi.

Moi : Ok donc euuh vraiment pas d'émotions ?

IDE : Après je suis presque plus euuh peinée quand je vois que c'est des gamines de 14 ans  
ou 16 ans, je me dis mais pfff... voilà, mais plus par rapport à elles.

20 IDE : **Vous est-il arrivé que vos émotions aient une influence sur votre accompagnement  
auprès d'une patiente ?** En fait, si je vois qu'une patiente est mal à l'aise ou commence à  
pleurer ou commence à avoir des ... voilà, je me pose et j'essaye de croiser le pourquoi du  
comment donc euuh... c'est pas par rapport à mes émotions à moi, c'est par rapport à elles. Je  
passe plus de temps, j'essaye de poser un peu plus. Voilà.

25 Moi : Oui, d'accord

IDE : **Que mettez-vous en place pour gérer les émotions que vous ressentez ?** Alors, les émotions en général ?

Moi : Oui, enfin c'est surtout auprès plutôt des patientes euuuh... qui viennent pour une IVG.

IDE : Parce que mes émotions en général, pas forcément pour une IVG, dès que j'ai un souci il y a une psychologue qui est là pour tout ce qui est oncologie. Quand je vais pas bien, je lui parle.

Moi : Vous allez la voir...

IDE : Voilà. Moi spontanément voilà, je sais qu'elle est à mon écoute alors même si elle m'apporte pas des solutions, j'ai déposé mon fardeau et après je repars.

35 Moi : D'accord, ok.

IDE : Alors ce qu'il y avait aussi de bien par rapport aux IVG, c'est que... il y avait une euuuh... conseillère gé... conjugale pour...

Moi : Euuuh... familiale, quelque chose comme ça...

IDE : Familiale ! Qui accompagne bien euuuh... les dames qui sont déjà en consultation, qui venaient nous voir avant pour nous expliquer la situation...

Moi : D'accord...

IDE : Et on les revoyait quelques fois après. Elle s'appelait Régine et avec Régine c'est vrai qu'il y avait vraiment un échange euuuh...

Moi : Pour pouvoir échanger et avoir quelques paroles avec elle pour pouvoir mettre des mots.

45 IDE : Oui voilà tout à fait, pour essayer de comprendre les choses ou euuuh... oui oui donc elle elle faisait très bien le lien euuuh... elle est partie à la retraite on a une nouvelle dame et le lien s'est pas encore créé.

Moi : D'accord.

50 IDE : Ok, c'est différent. Elle a une façon de fonctionner qui est propre, et voilà je pense que le lien ne s'est pas encore créé, on n'a pas assez d'échanges.

Moi : Voilà et du coup l'approche est pas la même vu que c'est une personne différente...

55 IDE : C'est ça. Voilà donc euuuh... **Quelles sont les ressources ou moyens que possède l'infirmière exerçant en service de chirurgie ambulatoire pour accompagner les patientes ?** \*Soupirs\* Euuuh... Pour les accompagner... Là c'est en chirurgie ambulatoire mais toujours sur le même thème hein ?

Moi : Oui ! C'est toujours sur le même thème, oui oui.

IDE : Bah son expérience, le fait aussi qu'on soit une femme peut-être \*silence\*, et puis on parle entre nous, les ressources on peut les trouver aussi au sein de l'équipe...

Moi : Au sein de l'équipe directement...

60 IDE : Oui, oui, ouais ouais parce qu'on en parle bien hein...

Moi : S'appuyer aussi sur les autres aussi pour échanger.

IDE : Et puis ce qu'on essaye de voir, quand j'ai vu que j'avais accueilli la petite jeune de 14 ans, eh bien on essaye de l'accompagner jusqu'au bout.

Moi : D'accord.

65 IDE : On est quand même parfois 3 infirmières euuuh... sur une amplitude horaire sur la journée, on évite que ce soit 3 personnes différentes qui l'accompagne.

Moi : Oui, que ce soit toujours la même personne qui la prenne en charge du début, de son entrée, à la fin...

70 IDE : On essaye parfois quand c'est... quand on est encore là, voilà... de faire sans arrêt des euuuh... ou alors si c'est trop dur pour nous, ça permet de passer le relais aussi.

Moi : Totalement oui.

IDE : **Au sein du service dans lequel vous travaillez et dans votre pratique, quel accompagnement proposez-vous aux femmes qui réalisent une IVG ?** Alors on... à part...

quel accompagnement... A part nous en tant qu'écoute et conseils après en post-intervention  
75 \*silence\* après on, on les appelle pas nous le lendemain.

Moi : D'accord.

IDE : Quand c'est une IVG on ne les rappelle pas. On sait pas si la famille est au courant, on sait pas sur qui on va tomber donc elles par contre si elles ont le moindre souci elles doivent, elles prendre le téléphone...

80 Moi : Et vous joindre vous, plutôt que l'inverse.

IDE : Oui, donc ça on leur dit bien que c'est à elles de nous contacter même quand c'est une intervention qui est prévue, on les appelle pas nous. C'est elles qui doivent faire la démarche d'appeler.

Moi : Ok, c'est vrai que c'est différent de certains endroits, enfin de certains services...

85 IDE : Au niveau ambulatoire, niveau accompagnement c'est vrai qu'après on les accompagne pas jusqu'au bout, on les accompagne le temps de l'hospitalisation...

Moi : Mais c'est tout, ni avant, ni à la sortie du coup...

IDE : Non non.

Moi : Après en terme d'accompagnement, je pense aussi à est-ce que vous leur donner des  
90 coordonnées euuuh... par exemple la...

IDE : Tout est déjà fait avec la conseillère familiale, tout est déjà posé...

Moi : Pour l'après...

IDE : Oui oui oui donc après in leur donne des conseils, des conseils comme pour toute intervention euuuh voilà et puis après comme je dis on leur dit n'hésitez pas à nous recontacter  
95 si vous avez besoin mais la conseillère... on donne pas de papier par rapport à l'IVG non, tout est fait en amont. Et euuuh... par rapport à ça je trouve qu'il y a des gynécologues qui, je pense, accompagne mieux certaines personnes que d'autres.

Moi : Ok.

IDE : On le ressent ici, en prise en charge en ambulatoire. Avec certains gynécologues, c'est  
100 tout cadré, c'est tout posé, et avec d'autres...

Moi : C'est très clair pour la patiente et avec d'autres ça « rame » un peu

IDE : Eh ouais, je trouve ça très très très dommage... **Quels sont les éléments qui peuvent  
influencer votre accompagnement auprès d'une patiente ?** \*silence\* \*soupir\* D'abord si  
elle est consentante ou pas, si c'est de sa propre volonté ou pas, les personnes qui  
105 l'accompagnent aussi

Moi : Quand je note aussi quels sont les éléments je peux penser àààà... l'âge par exemple  
d'une patiente : est-ce qu'on va accompagner et prendre en charge par exemple une patiente de  
16 ans de la même manière qu'une dame de 41 ?...

IDE : Non non, ça c'est pas possible. Et puis elles sont pas dans la même demande. Donc on  
110 s'adapte vraiment à la personne qu'on a en face de nous hein... donc euuh... et avec les  
mineures de 14 ans, on est obligées de fonctionner aussi avec la famille, les parents.

Moi : Et oui, la prise en charge est pas la même, au niveau législatif aussi avec les mineures...

IDE : C'est ça... Non mais on s'adapte aussi à la personne, il y a l'âge mais il y a aussi les  
circonstances, on s'adapte ouais. **En tant que soignante et citoyenne, quelle vision de la prise  
115 en charge de l'IVG en France avez-vous ?** \*silence\* Alors... moi je pense ne pas avoir de  
problème par rapport à ça, je pense que c'est un choix personnel donc on a pas du tout àààà...  
à vraiment se positionner, savoir si c'est bien ou pas bien, c'est vraiment propre à la femme...  
Et je pense que en France, oui euuh... il y a eu énormément de de d'évolution... est-ce qu'il  
y en a eu encore assez ?... je sais pas.

120 Moi : C'est vrai que c'est personnel après comme ressenti.

IDE : Ce qui me gêne peut-être un peu plus c'est quand c'est des IVG tardives. Ça m'est pas  
arrivé, donc je peux pas du tout en parler mais quelques fois, l'IVG euuh... quand ils sont déjà  
bien constitués, ça a déjà perturbé pas mal de personnes... ça m'est pas arrivé donc je peux pas  
dire. Et là je dis c'est encore propre à comment la personne a été accueillie avant...

125 Moi : Voilà exactement, parce que c'est pas forcément de sa faute si elle vient en dernier délai...

IDE : Oui et puis que ça se passe ici alors que ça aurait dû se passer dans d'autres conditions, ça c'est encore propre à chacun. **Au cours de votre carrière, quelles sont les difficultés que vous avez rencontré dans la prise en soin de certaines femmes en demande d'IVG ?** Bah j'en ai pas beaucoup... j'ai pas eu de difficultés parce que je pense que je suis pas assez ancienne  
130 dans cette unité par rapport à ça. C'est pas des difficultés par rapport à l'IVG que j'ai eu, c'était pas par rapport à l'acte en lui-même. C'était par rapport à la personnalité de la personne.

Moi : Ah oui donc ça rentre pas dans le cadre de mon travail.

IDE : C'est pour ça, j'ai pas eu de difficultés parce que j'ai sûrement pas assez d'expérience par rapport à ça. On tourne sur les deux secteurs en plus donc comme ça fait que 1 mois, 1 mois  
135 et demi que je suis en ambulatoire. Donc ça fait peu.

Moi : D'accord, merci.

Annexe 5 : tableau comparatif des deux entretiens

Code couleur :

Similitudes

Divergences

Idées nouvelles

CONCEPTS	IDE 1	IDE 2
<p><b>CONCEPT N°1</b> <b>LES EMOTIONS</b></p>	<p><b>QUESTION 1 - D'après vous et votre expérience, qu'est-ce que l'IVG fait surgir comme émotion(s) ?</b></p> <p>[...] Tu tombes sur une infirmière qui est positive face à l'IVG [...] Voilà, j'ai pas de craintes et j'ai pas d'inquiétudes par rapport à l'IVG parce que j'ai 50 ans, parce que j'ai une fille, j'ai un fils qui sont en âge de procréer et parce que c'est ma façon de penser [...]</p> <p>Après il est vrai que quand tu as des patientes qui arrivent pour leur 6<sup>ème</sup> IVG ça te désole toujours. Les émotions dépendent de pourquoi la personne vient pour son IVG, euuuh... voilà il y a plein de raisons à</p>	<p><b>QUESTION 1 - D'après vous et votre expérience, qu'est-ce que l'IVG fait surgir comme émotion(s) ?</b></p> <p>Alors j'essaye de paaas, pas trop chercher plus loin. Je suis là plus pour accompagner la personne que pour me poser la question de savoir ce que ça va faire à moi [...]</p> <p>Après je suis presque plus euuuh peinée quand je vois que c'est des gamines de 14 ans ou 16 ans, je me dis mais pfff... voilà, mais plus par rapport à elles.</p>

	<p>l'IVG. Ce qui est le plus dur, c'est quand la personne veut garder sa grossesse mais qu'elle peut pas à cause de sa situation sociale. Et c'est là que c'est dur [...]</p> <p>Moi, la personne qui vient pour une IVG ça ne me peine pas ou autre, comme d'ailleurs les autres patients que je rencontre. Je serai dans l'empathie mais pas dans les émotions. De toute façon, le jour où je me ressentirai dans la peine ou quoi que ce soit comme émotions, je changerai de service. Ça voudra dire que je ne pourrai plus supporter mes émotions.</p>	
	<p><b>QUESTION 2- Vous est-il arrivé que vos émotions aient une influence sur votre accompagnement auprès d'une patiente ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ? Pouvez-vous me donner des exemples ?</b></p> <p>Non. Ma priorité pour les patientes est la discussion et le relationnel [...]. Et mon 1<sup>er</sup> but surtout pour les IVG, c'est déjà d'avoir une relation entre la patiente et moi très rapidement et de voir comment elle est, comment elle se comporte, et comment elle est vis-à-vis de son IVG. J'essaie de repérer ça, c'est important. Savoir si on est dans les peurs, si on est dans les pleurs, si on est</p>	<p><b>QUESTION 2- Vous est-il arrivé que vos émotions aient une influence sur votre accompagnement auprès d'une patiente ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ? Pouvez-vous me donner des exemples ?</b></p> <p>En fait, si je vois qu'une patiente est mal à l'aise ou commence à pleurer ou commence à avoir des ... voilà, je me pose et j'essaie de croiser le pourquoi du comment donc euuh... c'est pas par rapport à mes émotions à moi, c'est par rapport à elles. Je passe plus de temps, j'essaie de poser un peu plus. Voilà.</p>

	<p>dans la tristesse, dans l'angoisse, dans l'énervement, dans le stress, dans toutes ces réactions que peuvent créer l'IVG [...] J'aurai pas de pitié, non non [...] même si elles ont pris la décision et que c'est un choix de le faire, déjà moi j'essaye de les décontracter vis-à-vis de moi de savoir qu'elles peuvent, euuh voilà... de savoir que moi ça m'atteint pas.</p>	
	<p><b>QUESTION 3- Que mettez-vous en place pour gérer les émotions que vous ressentez ?</b></p> <p>Mais ça, gérer les émotions c'est en fonction de ton ressenti que tu as vis-à-vis de l'IVG [...] L'avantage de l'ambulatorie c'est qu'on est jamais toute seule comme infirmière. Donc tu peux laisser ta collègue euuh... si tu sens pas la personne euuh [...] je trouve que c'est la meilleure des protections. Si tu ne le ressens pas ou si tu es une jeune infirmière qui vient de débiter euuh... ah bin c'est la meilleure chose à faire [...] Pour moi, m'occuper d'une personne qui vient pour une IVG c'est pas la patiente la plus dure, c'est pas du tout la plus compliquée !</p>	<p><b>QUESTION 3- Que mettez-vous en place pour gérer les émotions que vous ressentez ?</b></p> <p>[...] Parce que mes émotions en général, pas forcément pour une IVG, dès que j'ai un souci il y a une psychologue qui est là pour tout ce qui est oncologie. Quand je vais pas bien, je lui parle. Alors ce qu'il y avait aussi de bien par rapport aux IVG, c'est que... il y avait une euuh... conseillère gé... conjugale pour... [...] Familiale ! Qui accompagne bien euuh... les dames qui sont déjà en consultation, qui venaient nous voir avant pour nous expliquer la situation...</p>

<p><b>CONCEPT N°2</b> <b>L'ACCOMPAGNEMENT</b></p>	<p><b>QUESTION 4- Pour vous, quelles sont les ressources ou moyens que possède l'infirmière exerçant en service de chirurgie ambulatoire pour accompagner les patientes ?</b></p> <p>Ce qui est très important c'est voilà, ce que je te disais, c'est de les mettre à leur aise, donc dans les ressources et les moyens on peut déjà avoir la <b>prescription de l'anesthésiste</b> [...] c'est vraiment pour les décontracter si il y a besoin, c'est l'anesthésiste, si vraiment la patiente est trop trop stressée et que je n'y arrive pas, je vais faire appel à l'anesthésiste pour déjà prévenir le bloc de l'état de la patiente, dans quel état ma patiente va descendre. [...] et puis surtout la <b>relation</b>. Moi je trouve que déjà, euuh... faire comprendre à la personne qu'elle a <b>pas besoin de se justifier vis-à-vis de moi</b>.</p>	<p><b>QUESTION 4- Pour vous, quelles sont les ressources ou moyens que possède l'infirmière exerçant en service de chirurgie ambulatoire pour accompagner les patientes ?</b></p> <p>Bah son <b>expérience</b>, le <b>fait aussi qu'on soit une femme</b> peut-être *silence*, et puis <b>on parle entre nous</b>, les ressources on peut les trouver aussi <b>au sein de l'équipe</b>... [...] Oui, oui, ouais ouais parce qu'on en parle bien hein... [...] On est quand même parfois 3 infirmières euuh... sur une amplitude horaire sur la journée, on évite que ce soit 3 personnes différentes qui l'accompagne [...] ou alors si c'est trop dur pour nous, ça permet de passer le relais aussi.</p>
	<p><b>QUESTION 5- Au sein du service dans lequel vous travaillez et dans votre pratique, quel accompagnement proposez-vous aux femmes qui réalisent une IVG ?</b></p>	<p><b>QUESTION 5- Au sein du service dans lequel vous travaillez et dans votre pratique, quel accompagnement proposez-vous aux femmes qui réalisent une IVG ?</b></p>

Déjà, les patientes ont automatiquement un rendez-vous qui est programmé pour être vues un mois après en échographie au sein de l'hôpital [...] C'est important de leur demander si elles ont pas perdu ce rendez-vous et qu'elles l'ont toujours. Quand elles partent de notre service, elles ont des documents d'information et s'il y a quoique ce soit pendant la nuit, elles savent qu'il faut contacter le 15 qui va les diriger vers les urgences gynécos. Ça elles le savent toutes et elles partent toutes avec ces papiers et ces coordonnées. Ensuite, elles sont revues par les médecins le soir-même de l'intervention et le médecin qui a fait l'IVG redonne les mêmes consignes que nous [...] on peut aussi leur donner l'adresse de la psychologue mais c'est pas systématique. Après, le gynéco quand il les revoit, il leur demande obligatoirement qui va faire le suivi après, s'il y a quelqu'un qui va faire le suivi.

A part nous en tant qu'écoute et conseils après en post-intervention \*silence\* après on, on les appelle pas nous le lendemain. [...] on leur dit bien que c'est à elles de nous contacter même quand c'est une intervention qui est prévue, on les appelle pas nous. C'est elles qui doivent faire la démarche d'appeler [...] on les accompagne le temps de l'hospitalisation [...] Tout est déjà fait avec la conseillère familiale, tout est déjà posé [...] donc après on leur donne des conseils, des conseils comme pour toute intervention euuuh voilà et puis après comme je dis on leur dit n'hésitez pas à nous recontacter si vous avez besoin mais la conseillère... on donne pas de papier par rapport à l'IVG non, tout est fait en amont. Et euuuh... par rapport à ça je trouve qu'il y a des gynécologues qui, je pense, accompagne mieux certaines personnes que d'autres.

	<p><b>QUESTION 6- Quels sont les éléments qui peuvent influencer votre accompagnement auprès d'une patiente ?</b></p> <p>La relation sera pas la même avec des patientes d'âges différents, avec des situations sociales et des contextes de vie différents [...] Les patientes qui sont complètement fermées aussi vont venir impacter l'accompagnement.</p>	<p><b>QUESTION 6- Quels sont les éléments qui peuvent influencer votre accompagnement auprès d'une patiente ?</b></p> <p>D'abord si elle est consentante ou pas, si c'est de sa propre volonté ou pas, les personnes qui l'accompagnent aussi [...] elles sont pas dans la même demande. Donc on s'adapte vraiment à la personne qu'on a en face de nous hein [...] il y a l'âge mais il y a aussi les circonstances, on s'adapte.</p>
<p><b>CONCEPT N°3</b> <b>L'IVG</b></p>	<p><b>QUESTION 7- En tant que soignante et citoyenne, quelle vision de la prise en charge de l'IVG en France avez-vous ?</b></p> <p>Je crois qu'en France certains médecins ont encore du mal à pratiquer les IVG et tous les anesthésistes ne sont pas pour poser une anesthésie pour une patiente pour qui vient pour une IVG... sauf en cas d'urgence vitale. Les délais d'attente pour une IVG peuvent parfois être longs et atteindre quelques semaines. J'ai l'impression</p>	<p><b>QUESTION 7- En tant que soignante et citoyenne, quelle vision de la prise en charge de l'IVG en France avez-vous ?</b></p> <p>Moi je pense ne pas avoir de problème par rapport à ça, je pense que c'est un choix personnel donc on a pas du tout à à à à... à vraiment se positionner, savoir si c'est bien ou pas bien, c'est vraiment propre à la femme... Et je pense que en France, oui euuh... il y a eu</p>

	<p>que l'IVG est quand même assez bien tolérée, enfin j'espère !</p>	<p>énormément de de d'évolution... est-ce qu'il y en a eu encore assez ?... je sais pas.</p>
	<p><b>QUESTION 8- Au cours de votre carrière, quelles sont les difficultés que vous avez rencontré dans la prise en soin de certaines femmes en demande d'IVG ?</b></p> <p>Je dirais les patientes qui arrivent en pleurs dans le service avant l'intervention car elles sont encore dans le doute. A ce moment-là, moi j'appelle le gynéco pour qu'elle revoie la patiente et qu'elle puisse poser à nouveau les choses et échanger sur l'acte. C'est important car tu ne peux pas forcer les femmes à faire quelque chose [...] par rapport à certaines difficultés, il y a aussi le fait de prendre le relais de la collègue du matin par exemple. Tu peux avoir une patiente qui vient pour une IVG, qui est rentrée le matin et que ta collègue du matin a pris en charge, et qui va te faire comprendre quand tu vas la récupérer après l'intervention que la relation ne s'est pas forcément bien passée, qu'elle a ressenti une certaine crainte,</p>	<p><b>QUESTION 8- Au cours de votre carrière, quelles sont les difficultés que vous avez rencontré dans la prise en soin de certaines femmes en demande d'IVG ?</b></p> <p>J'ai pas eu de difficultés parce que je pense que je suis pas assez ancienne dans cette unité par rapport à ça. C'est pas des difficultés par rapport à l'IVG que j'ai eu, c'était pas par rapport à l'acte en lui-même. C'était par rapport à la personnalité de la personne [...] C'est pour ça, j'ai pas eu de difficultés parce que j'ai sûrement pas assez d'expérience par rapport à ça. On tourne sur les deux secteurs en plus donc comme ça fait que 1 an, 1 an et demi que je suis en ambulatoire. Donc ça fait peu.</p>

	<p>etc... C'est rare... mais ça peut arriver. Il faut établir de nouveau une relation avec la patiente. Il faut aussi faire attention aux mots que l'on emploie, pour ne pas avoir de discours culpabilisateur.</p>	
--	---	--

## DIPLOME D'ETAT INFIRMIER

### GRADE LICENCE

GOLLIARD MYLENE

## « L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE : UN ACTE EMPLI D'EMOTION »

### RESUME

Aujourd'hui en France, de nombreux avortements sont pratiqués. Quelque en soient les raisons qui poussent les femmes à avorter, l'infirmière a pour rôle de les accompagner. Suivant le contexte, elle peut ressentir des émotions qui peuvent influencer son accompagnement auprès de la patiente.

Ce travail interroge l'influence des émotions de l'infirmière sur son accompagnement auprès d'une patiente hospitalisée pour une IVG.

Trois concepts ont été développés : l'IVG, les émotions, l'accompagnement. Ils permettent une approche théorique et sont recherchés dans différents champs : infirmier, législatif, social.

Pour confronter la théorie à la pratique, deux entretiens ont été menés auprès de deux infirmières exerçant en chirurgie ambulatoire. Cela permet d'obtenir une approche qualitative.

Après la confrontation de ces deux étapes de travail, des nouvelles perspectives en ont été tirées pour permettre une ouverture sur un autre sujet.

### ABSTRACT

Today in France, many abortions are performed. Whatever the reasons that push women to have an abortion, the nurse's role is to support them. Depending on the context, the nurse may feel emotions that may influence the accompaniment of the patient.

This work examines the influence of the nurse's emotions on her accompaniment of a patient hospitalized for an abortion.

Three concepts have been developed: abortion, emotions, and support. They allow a theoretical approach and are sought in different fields: nursing, legislative, social.

To compare the theory to practice, two interviews were conducted with two nurses working in outpatient surgery. This provides a qualitative approach.

After comparing these two stages of work, new perspectives were drawn from them to allow an opening on another subject.

**Mots clefs :** IVG, émotions  
accompagnement

**Keywords :** abortion, emotions,  
support