

CENTRE D'ÉTUDES ET
DE RECHERCHE EN
INTERVENTION
FAMILIALE



CHAIRE DE RECHERCHE
DU CANADA SUR
LA SANTÉ PSYCHOSOCIALE
DES FAMILLES

L'EXPÉRIENCE DES INFIRMIÈRES QUI ACCOMPAGNENT LES FEMMES LORS D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

CAHIER DE RECHERCHE N^o 10

Carol-Anne Langlois
Francine deMontigny

Décembre 2019

UQO

cerif.uqo.ca

Coordination de la conception des cahiers

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

Soutien financier

Ces cahiers sont rendus possibles grâce au soutien financier

- de la Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles de l'Université du Québec en Outaouais,
- du Centre d'études et de recherche en intervention familiale (CERIF), un centre de recherche soutenu par l'Université du Québec en Outaouais.



Il est possible d'obtenir des copies de ce document (en format PDF) en s'adressant à :

*Francine de Montigny
Université du Québec en Outaouais
283, boul. Taché, C.P. 1250, succ. Hull
Gatineau (Québec) Canada J8X3X7
Francine.demontigny@uqo.ca
Cerif.uqo.ca*

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à la condition de mentionner la source de la manière suivante :

Langlois, C. et deMontigny F. (2019). *L'expérience des infirmières qui accompagnent les femmes lors d'interruption de grossesse*, Gatineau, QC : CERIF/UQO.

Infographie

Ghyslaine Lévesque, graphiste conceptrice
ghyslaine.levesque@gmail.com

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
LES INFIRMIÈRES AU CŒUR DES PRATIQUES DE SOINS EN CONTEXTE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE	4
LES INTERACTIONS LORS DE LA DEMANDE DE SERVICE D'IG	5
LES CROYANCES DES INFIRMIÈRES	6
ENGAGEMENT ENVERS LA CLIENTÈLE	8
LE STIGMA SOCIAL DE L'IG	10
CONCLUSION	11
BIBLIOGRAPHIE	12

INTRODUCTION

L'interruption de grossesse¹ (IG) est une pratique mondialement répandue qui génère toujours moult réactions sur les scènes médiatiques, politiques, économiques et religieuses. L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1997, p.2), propose la définition suivante pour clarifier la terminologie utilisée quant aux différents types d'avortements:

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

Globalement, la prévalence de l'IG comme issue à une grossesse est en déclin depuis les dernières années (Institut Guttmacher, 2016; OMS, 2016) passant d'un taux de 40 IG pour 1000 femmes entre 1990 et 1994 à 35 IG pour 1000 femmes entre 2010 et 2014. Ainsi, au cours de la période 2010-2014, le quart des grossesses étaient volontairement interrompues, ce qui correspond à environ 56 millions d'IG annuellement (Institut Guttmacher, 2016; OMS, 2016).

Bien que les taux d'IG diminuent à l'échelle mondiale, l'OMS (2016) rappelle que cette pratique n'est pas appelée à disparaître, puisque surviendront toujours des grossesses indésirées ou auxquelles les femmes voudront mettre un terme. Cela s'explique par l'inégalité quant à l'accessibilité à la contraception et à l'information au sujet de la santé sexuelle de façon générale, à la faillibilité de la contraception et de la prévalence des actes de violence sexuelle (OMS, 2013).

Ainsi, comme il y aura toujours des femmes en demande de services d'IG, l'OMS recommandait, en 2013, diverses mesures pour relever le défi d'offrir des services de qualité à l'échelle mondiale. L'agent de santé, devient alors un acteur important dans la prestation de services de qualité, tant dans la prise en charge, la coordination que dans l'accompagnement aux diverses étapes de l'IG (OMS, 2013).

¹ Parce que le terme « interruption volontaire de grossesse » ne fait pas consensus dans toutes les langues et les contextes politiques, les termes « avortement provoqué » et « interruption de grossesse » seront utilisés de façon interchangeable tout au long de ce texte afin d'harmoniser le vocabulaire avec celui des organisations mondiales.

LES INFIRMIÈRES AU CŒUR DES PRATIQUES DE SOINS EN CONTEXTE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

L'expérience d'accompagnement des infirmières, leurs pratiques, leurs perceptions et leurs croyances envers l'interruption de grossesse demeurent peu explorées à ce jour. Au plan scientifique, les recherches s'intéressent davantage à l'expérience psychologique multidimensionnelle de la femme en demande de service qu'aux intervenants de la santé qui gravitent autour d'elle (Fergusson, Boden & Horwood, 2007; dos Anjos Gesteira, Barbosa & Endo, 2006; Goodwin & Ogden, 2007; Kalyanwala, Zavier, Jejeebhoy & Kumar, 2010).

Quelques études portant sur l'expérience d'infirmières démontrent que ce contexte de travail peut causer des effets psychologiques tels que malaise, anxiété, détresse, épuisement et stress (Gallagher et al., 2010; Lipp, 2008; Lipp et Fothergill, 2009; Mokgethi, Ehlers & van der Merwe, 2006). Un niveau élevé de stress découle de leur engagement dans le déroulement de l'IG, de leur niveau de responsabilité élevée et de leur sensibilité et empathie à l'endroit de leur clientèle (Lipp & Fothergill, 2009). La stigmatisation de cette pratique, le manque de soutien des membres de l'entourage, l'absence de choix de pratiquer dans ce secteur et les valeurs religieuses peuvent engendrer de la culpabilité, de la dépression et de l'anxiété chez le personnel infirmier (Mokgethi et al, 2006). On sait aussi que les valeurs et les opinions antinomiques d'une société influencent les perceptions et les attitudes des infirmières envers leur clientèle (Gallagher et al., 2010). Elles se manifestent, par exemple, par une gêne à parler de son emploi ou de l'inconfort en cas d'avortements tardifs. Les croyances religieuses et le milieu de travail sont aussi générateurs de malaises en contexte d'IG. Ainsi les infirmières travaillant en soins obstétricaux ou gynécologiques peuvent se sentir contraintes de réfréner leurs valeurs personnelles et rencontrer des difficultés à distinguer leurs propres besoins de ceux de leur clientèle (Kade, Kumar, Polis, et Schaffer, 2004; Lipp et Fothergill, 2009).

Ce texte rapporte les résultats d'une étude qualitative phénoménologique menée auprès de 19 infirmières brésiliennes (N : 9)² et québécoises (N : 10)³ par des entrevues semi-structurées d'une durée d'une heure, dont l'analyse a permis une analyse interculturelle de l'expérience des infirmières de l'accompagnement des femmes vivant une IG.

LES INTERACTIONS LORS DE LA DEMANDE DE SERVICE D'IG

L'expérience proximale d'accompagnement en contexte d'IG, c'est-à-dire dans les liens que l'infirmière tisse avec les femmes, les accompagnateurs et son milieu de travail, est assez similaire chez les infirmières québécoises et brésiliennes. C'est toutefois la rencontre professionnelle et humaine entre la cliente et l'infirmière qui est décrite comme la plus complexe, la plus importante et la plus marquante pour ces dernières. Cette interaction prend racine dans un contexte professionnel où la femme est en demande de services d'IG ou en demande d'aide suite à des complications de sa tentative d'IG. Les clientes recherchent dans la relation professionnelle l'absence de jugement, l'écoute, le respect, l'accès à des soins professionnels et la confidentialité. De leur côté, c'est aussi ce que les infirmières aspirent à offrir aux clientes qu'elles reçoivent. Pour y arriver, on remarque dans le discours des infirmières québécoises et brésiliennes un effort de conciliation entre les opinions, les croyances personnelles (concernant l'IG) et le devoir professionnel ou déontologique. Une participante brésilienne indique d'ailleurs : « ... jamais je ne le ferais [choisir l'IG comme issue à une grossesse], mais je crois n'avoir jamais transmis d'une façon ou d'une autre ce que je pouvais penser. Je tente, dans la mesure du possible, de ne pas émettre de critique ou de désapprobation : la neutralité ».

On sent chez ces professionnelles un conflit intérieur profond entre leurs croyances personnelles (entre autres, quant à leur conception de la vie) et l'attitude d'empathie que leur suggèrent les impératifs de leur profession : « Je suis triste de ce qui arrive [l'avortement provoqué], mais je me retiens

2 La Constitution Fédérale du Brésil considère l'avortement comme un crime et ne l'autorise qu'à la suite d'un acte de violence sexuelle ou lorsque la vie de la mère est en danger (OMS, 2017). En raison du statut illégal de l'IG, il est quasi impossible d'obtenir un nombre juste quant à l'incidence de cette pratique au Brésil. Les données les plus récentes estiment que plus de 500 000 IG avaient eu lieu en 2016 sur le territoire brésilien, soit un taux d'environ 14 femmes sur 1000.

3 Le Québec est une province du Canada. L'avortement provoqué est décriminalisé pour l'ensemble des provinces et des territoires depuis 1988. En 2015, 100 104 avortements provoqués ont eu lieu dans l'ensemble du Canada, ce qui correspond à un taux de 14 femmes sur 1000 (Coalition pour le droit à l'avortement, 2017).

[...] de dire si c'est bien ou pas... je dois donner du soutien et tenter de ne pas laisser transparaître de la joie ou de la tristesse devant la patiente ». Cet effort de conciliation est parfois générateur de stress, d'épuisement voire même de perte d'efficacité tel que le décrivent Lipp et Fothergill (2009).

On note toutefois que les infirmières qui ont accompagné une proche dans le processus d'IG ou qui ont elles-même vécu une IG offrent des soins qu'elles décrivent comme étant plus « sensibles et empathiques » et voient leur expérience professionnelle d'accompagnement améliorée et moins souffrante. Cette infirmière témoigne de l'impact de son expérience personnelle sur sa pratique professionnelle : « Cela a teinté [mon accompagnement], parce que... Je pense que tant qu'on ne l'a pas vécu de près, on peut avoir des préjugés envers ça ».

Presque toutes les infirmières s'entendent sur la complexité des tâches techniques à accomplir, du soutien émotif à offrir à la cliente et de la gestion de ses propres réactions émotives. Ainsi, les interactions avec les accompagnateurs deviennent un défi surajouté pour un grand nombre d'infirmières. On retrouve d'ailleurs peu de gestes d'ouverture envers le réseau de soutien de la femme dans les pratiques de soins courantes. Ces gestes rarissimes peuvent être de questionner la cliente au sujet de son réseau social, de s'adresser directement à ces proches-accompagnateurs, de répondre à leurs questions, de les faire participer aux rencontres qui précèdent l'IG, de s'intéresser à leur vécu ou même de reconnaître leur présence en favorisant un environnement de soins qui s'adapte à leur présence.

LES CROYANCES DES INFIRMIÈRES

Il apparaît manifeste que le malaise que vivent certaines infirmières dans leur pratique en contexte d'IG est souvent liée à la croyance que l'avortement provoqué est un geste volontaire qui met fin à une vie. Bien entendu, lorsque les propos d'une infirmière concernant l'IG évoquent ultimement la notion de meurtre, un concept porteur d'une certaine violence qui frappe l'imaginaire, il est à croire que la relation avec la cliente sera émotivement chargée. Le défi sera grand pour que cette croyance ne teinte ni les soins, ni la présence empathique de l'infirmière auprès de sa cliente. En fait, il n'est pas rare qu'elle entraîne un malaise si grand chez l'infirmière que cette dernière anticipe avec anxiété ce genre d'expérience de soins. Cette conception de l'IG peut aussi être nourrie par certains dogmes religieux auxquels adhèrent l'infirmière ou la société dans laquelle elle évolue. Cette croyance génère de la souffrance dans

la relation de soins et entraîne de la stigmatisation des femmes. Certaines infirmières expriment clairement leur incompréhension et leur malaise face à cette situation de santé : « Je ne suis pas particulièrement religieuse, mais avoir le pouvoir de vie et de mort sur quelqu'un, il faut avoir un égo et une confiance assez extraordinaire en ses moyens. Il n'y a personne, tant qu'à moi, qui [peut] décider de la vie et de la mort de quelqu'un. À moins qu'il y ait une raison... Extrême. Mais, un enfant ne mérite pas ça... Même s'il est malade ».

À cet effet, l'analyse des résultats permet de mettre en évidence des réalités similaires chez les infirmières québécoises et brésiliennes qui travaillent en milieu hospitalier, sur une unité d'obstétrique. Dans ce secteur d'activité, on perçoit un malaise provoqué par la décision d'une femme de mettre fin à une grossesse (donner « la mort ») et le choix des infirmières de travailler en contexte de naissance (donner la « vie »). Il est possible qu'une unité d'obstétrique rende plus difficile l'accompagnement infirmier en contexte d'IG, car le choix de travailler avec la grossesse et la naissance se confronte au choix de mettre fin à une grossesse, comme l'exprime cette infirmière : « Tout est difficile. Du début jusqu'à la fin... Moi, personnellement, ça me touche énormément... On est sur le département des accouchements, c'est la vie, tu sais, c'est le plus beau département ».

En comparaison, les infirmières qui travaillent régulièrement auprès des femmes en demande de services d'IG envisagent leur travail avec plus de facilité et démontrent plus d'engagement envers leur clientèle que celles qui, au contraire, travaillent dans un contexte d'obstétrique ou de périnatalité où les IG sont plutôt rares.

Le manque d'informations liées à l'IG et l'isolement professionnel peut aussi entretenir les croyances face à cette situation de soins. Ainsi la proximité avec d'autres professionnels de la santé qui œuvrent dans le domaine de l'IG et le contact routinier avec la clientèle, nourri les connaissances informelles et allège la détresse qui caractérise le manque de connaissances. Lipp et Fothergill (2009) confirment que l'inconfort et le stress que vivent les infirmières en contexte d'IG est en effet fortement relié au soutien reçu par les pairs et par le milieu de travail. À ce sujet, les infirmières suggèrent d'offrir davantage de formation continue ou un programme de développement professionnel : « [Ce serait important] de trouver des formations le plus adéquates possibles. Pour être outillées davantage [...] », « Une formation pour aider... [à] passer à travers ça... Parce que, je vais te dire, quand ça nous arrive, là... Justement parce qu'on n'est pas formé... c'est extrêmement difficile à vivre... ».

Bien que les croyances exposées précédemment soient contraignantes dans la relation professionnelle entre l'infirmière, la cliente et son entourage, certaines croyances exposées par les infirmières québécoises et brésiliennes sont plutôt facilitantes. La première des deux croyances facilitantes identifiées est de croire qu'au-delà de l'intervention et des gestes techniques qui l'entourent, l'IG est une expérience émotionnelle complexe, comme le décrivent ces infirmières : «...c'était toujours une décision très difficile pour elles [...] On avait un petit guide de réflexion...Pour les aider à prendre leur décision [...] Mais c'était toujours une décision très déchirante... Pour elles, d'aller se faire avorter », « Il y a beaucoup de femmes qui restent encore avec une grande difficulté à se donner la permission d'avoir un avortement. Qui se jugent... Comme des criminelles, comme des pas bonnes... Des mauvaises mères... ». La complexité peut être expliquée par une combinaison de sensations physiques liées à la grossesse, une remise en question de certaines croyances religieuses, la mise en perspective de la relation amoureuse actuelle et de certains projets de vie ou par des émotions diverses telles que l'ambivalence, la tristesse, la détresse et le soulagement. Reconnaître le caractère complexe de l'IG, contribue à l'approche empathique de l'infirmière qui accueillera avec plus de souplesse et d'écoute les clientes et leurs accompagnateurs.

Finalement, lorsque les infirmières croient que le rôle infirmier est déterminant dans l'accompagnement de femmes en processus d'IG elles s'engagent davantage dans les soins offerts. Cette croyance se révèle lorsqu'une infirmière est en mesure de décrire autant ses tâches dites « techniques » que les gestes et les paroles qui constituent le soutien émotif qu'elle apporte à sa cliente et aux accompagnateurs de celle-ci. Croire en sa plus-value professionnelle permet à l'infirmière de trouver un sens à ses interventions et à en valoriser la portée.

ENGAGEMENT ENVERS LA CLIENTÈLE

La mise en commun des résultats québécois et brésiliens permet d'utiliser un langage commun pour parler de cette expérience universelle et de tous les différents processus qui s'opèrent dans cette expérience d'accompagnement, l'engagement envers la clientèle est manifestement ce qui rapproche les deux groupes d'infirmières interrogées.

Il y a d'abord les infirmières qui présentent un haut niveau d'engagement envers la clientèle. De façon générale l'opinion de ces infirmières au sujet

de l'IG est assez neutre, nuancé et leur style d'accompagnement se veut empathique et centré sur les besoins de la femme en demande de services. Ce niveau d'engagement laisse croire que bien que certaines infirmières trouvent parfois ce contexte de soins difficile (en raison de leurs croyances ou du contexte socio-politique, par exemple), elles aspirent et s'efforcent à offrir des soins égaux et empathiques à tous leurs patients. Cette posture professionnelle est la plus répandue et ce traduit dans le témoignage de cette infirmière : « Je ne suis pas là pour endosser ou porter un jugement sur le choix que vous faites, moi, je suis là pour vous accompagner puis m'assurer que... C'est un choix libre et éclairé [...] je vais être là pour vous offrir [...] une information qui est juste et claire pour que vous fassiez le meilleur choix pour vous ».

Ainsi, chez une très faible proportion des infirmières on constate un plus faible engagement dans la relation thérapeutique. On sent chez ces professionnelles un conflit intérieur profond entre leurs croyances personnelles (entre autres, quant à leur conception de la vie) et l'attitude d'empathie que leur suggèrent les impératifs de leur profession. En effet, le désengagement est souvent une réponse plus ou moins adaptée à la difficulté à travailler dans un contexte où une femme fait le choix de mettre fin à une grossesse. Les infirmières brésiliennes, entre autres, rapportent que le silence, le secret et la peur inhérents au contexte législatif augmentent considérablement la difficulté d'offrir un accompagnement et des soins similaires à ce qui est offert aux autres patients. Les témoignages suivants rapportent cette difficulté : « On ne mettra pas cette patiente-là dans une salle où il y a plein de fenêtres, où il va faire soleil et faire beau. Souvent, on leur réserve, malheureusement, la chambre qui n'a pas de fenêtres. Qui est isolée, d'une certaine façon... », « j'ai toujours tendance à présenter les risques plus que les bénéfices en raison de mon parti pris contre [l'avortement provoqué]... parce que [...] je suis catholique et je crois que seul Dieu a le droit de retirer la vie... ».

Chez les infirmières québécoises, quatre des six infirmières ne travaillant pas dans une clinique de planning familial se situent au niveau le plus faible d'engagement. Il est aussi à noter que deux des trois infirmières pratiquant sur une unité de périnatalité en centre hospitalier manifestent un malaise et parfois de la détresse à accompagner des femmes en contexte d'IG.

LE STIGMA SOCIAL DE L'IG

Alors que la grande majorité des infirmières rencontrées affirment que l'IG est une expérience de soins complexe, Kumar, Hessini et Mitchell (2009) offre une explication intéressante à cette complexité en présentant l'IG comme un stigma dont la production est à la fois sociale et locale. Ainsi, ils exposent un paradoxe circulaire à l'effet que malgré la grande prévalence de cette intervention, la société continue à traiter comme anormale la pratique de l'IG. Cela a différentes conséquences : 1) la norme sociale, affirmant que l'IG est une pratique déviante est maintenue; 2) les femmes et les intervenants qui vivent une IG font face à de la discrimination; 3) les femmes et les intervenants ont peur de la stigmatisation; 4) les femmes taisent volontairement l'IG alors que les intervenants taisent leur travail auprès de cette clientèle et, par le fait même, entretiennent la croyance que l'IG est une pratique anormale, et ainsi de suite.

Tant les infirmières québécoises que brésiliennes font l'expérience de la stigmatisation. Au Québec, cela se manifeste, entre autres, par le choix de certaines infirmières de filtrer à qui elles vont partager l'information quant à leur milieu de travail ou par le refus de travailler en contexte d'IG. Dans les pratiques de soins brésiliennes, le stigma de l'IG est maintenu, en partie, par la réticence de briser le silence des femmes sur le réel motif de leur hospitalisation. Ces dernières gardent d'ailleurs le silence en raison de la stigmatisation qu'elles pourraient vivre de retour dans leur communauté et plus spécifiquement dans leur famille.

L'infirmière interprète et analyse son expérience d'accompagnement dans un contexte d'IG en fonction de différents processus internes. Si la honte et la culpabilité sont les manifestations les plus fréquentes du stigma de l'IG vécu par la femme, le faible niveau d'engagement, la détresse, la frustration et la difficulté à accompagner une clientèle en contexte d'IG seraient les manifestations de ce même stigma pour les infirmières. Il est aussi permis de reprendre les propos de Kumar, Hessini et Mitchell (2009) qui affirment que l'avortement transgresse les trois idéaux de la féminité: la fécondité perpétuelle, l'inévitabilité de la maternité et l'instinct de maternité. Cette transgression serait à l'origine du malaise social lié à l'IG, mais aussi à l'inconfort que ressentent certaines infirmières.

CONCLUSION

Parce qu'elles sont souvent aux premières loges des soins prodigués aux individus et à la collectivité, les infirmières, dans le cadre de leur pratique, peuvent être amenées à accompagner des femmes en contexte d'IG et ce, dans différents environnements professionnels. À l'instar de la société dans laquelle elles évoluent, le regard qu'elles portent sur cette question peut être influencé par un ensemble de valeurs, de perceptions, de connaissances scientifiques et d'expériences personnelles. L'analyse des résultats permet d'affirmer que l'expérience d'accompagnement de femmes en contexte d'interruption de grossesse par les infirmières, est une expérience complexe. Les infirmières ont un rôle prépondérant à jouer auprès de cette clientèle et ce, qu'elles aient fait le choix ou non de travailler en contexte d'IG. Toutefois, malgré l'aspect relativement commun de cette procédure de soins, il subsiste toujours de l'inconfort relatif ou total envers l'avortement provoqué.

Cet inconfort, vécu faiblement à intensément selon les infirmières, prend racine localement dans les croyances des infirmières, dans leur environnement familial et social, et leurs expériences passées, mais aussi plus globalement dans la société dans laquelle elles évoluent comme personne et professionnelle. Les constats permettent de comprendre l'universalité des défis et les vecteurs facilitants la pratique infirmière en contexte d'IG.

Les infirmières qui, dans différents environnements sociaux, politiques, linguistiques, culturels et religieux, accompagnent une clientèle en contexte d'interruption de grossesse se doivent de recevoir une formation adaptée à la réalité de leur milieu de travail, d'être accompagnée dans leurs pratiques d'accompagnement et de bâtir leurs pratiques sur des connaissances propres à cette spécialité. En plus, mieux comprendre et définir leur rôle auprès des femmes en contexte d'IG accentuera leur engagement envers la clientèle.

De même, il est impératif que soient maintenus et rendus accessibles des services de prévention primaire dans le secteur de la santé sexuelle. Une diminution ces services entraîne inévitablement un manque de connaissance chez les jeunes, des comportements à risque, des grossesses indésirées et, par conséquent, une hausse mondiale des risques liés à l'IG.

Enfin, les infirmières, par la nature même de leur travail peuvent être des agents de changement qui, pour la santé de milliers de femmes, repositionneront le débat concernant l'avortement provoqué comme en étant un de santé publique et non pas tant un enjeu politique, moral ou éthique.

BIBLIOGRAPHIE

- COALITION POUR LE DROIT À L'AVORTEMENT AU CANADA. 2017. *Statistiques-Avortement au Canada*, récupéré le 1^{er} août 2017 de <http://www.arcc-cdac.ca/fr/backrounders/Statistiques-actuelles.pdf>
- DOS ANJOS GESTEIRA, S. M., BARBOSA, V. L. et ENDO, P. C. 2006. Loss and grief of women who had an abortion. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19,4, 462-467.
- FERGUSON, D. M., BODEN, J. M. et HORWOOD, L. J. 2007. Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 39, 1, 6-12.
- GALLAGHER, K., POROCK, D. et EDGLEY, A. 2010. The concept of 'nursing' in the abortion services. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 4, 849-857.
- INSTITUT GUTTMACHER. 2016. *L'avortement provoqué dans le monde*, récupéré le 1^{er} août 2017 de <https://www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/lavortement-provoque-dans-le-monde>
- KADE, K., KUMAR, D., POLIS, C. et SCHAFFER, K. 2004. Effect of nurses attitudes on hospital-based abortion procedures in Massachusetts. *Contraception*, 69,1, 59-62.
- KALYANWALA, S., ZAVIER A. J. F., JEJEEBHOY, S. et KUMAR, R. 2010. Abortion experiences of unmarried young women in India: evidence from a facility-based study in Bihar and Jharkhand. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36, 2, 62-71.
- KUMAR, A., HESSINI, L. & MITCHELL, E. 2009. Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11,6, 625-639.
- LIPP, A. 2008. Challenges in abortion care for practice nurses. *Practice Nursing*, 19,7, 326-329.
- LIPP, A. et FOTHERGILL, A. 2009. Nurses in abortion care: identifying and managing stress. *Contemporary Nurse*, 31, 108-120.
- MOKGETHI, N. E., EHLERS, V. J. et VAN DER MERWE, M. M. 2006. Professional nurses' attitudes towards providing termination of pregnancy services in a tertiary hospital in the North West province of South Africa. *Curationis*, 29,1, 32-39.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). 2014. *Planification familiale après avortement : guide pratique à l'intention des responsables de programmes*, récupéré le 1^{er} août 2017 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65313/1/WHO_RHT_97.20_fre.pdf
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). 2013. *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. Deuxième édition*, récupéré le 1^{er} août 2017 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78413/1/9789242548433_fre.pdf?ua=1
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). 2017. *A global database of abortion laws, policies, health standards and guidelines*, récupéré le 1^{er} août 2017 de <http://www.who.int/bulletin/volumes/95/7/17-197442/en/>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). 2016. *Prévention des avortements à risque*, récupéré le 1^{er} août 2017 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/fr/>