

La relation infirmière - adolescente mineure non émancipée hospitalisée lors d'une interruption volontaire de grossesse.
Comment se protéger sans nuire à la relation ?

Table des matières

<u>INTRODUCTION</u>	p. 12
<u>ETAPE EXPLORATOIRE</u>	p. 15
◇ <u>Méthodologie</u>	p. 16
◇ <u>Analyse de contenu des entretiens</u>	P. 17
<u>DE LA PROBLÉMATIQUE À L'HYPOTHÈSE</u>	P. 26
<u>CADRE THEORIQUE</u>	P. 31
◇ <u>Cadre contextuel et législatif</u>	P. 32
A/ Concernant l'IVG	P. 32
B/ Concernant les soignants	P. 33
C/ Concernant les mineures non émancipées.....	P. 34
◇ <u>Cadre conceptuel</u>	P. 35
A/ <i>L'interruption volontaire de grossesse. (IVG)</i>	P. 35
I Définition.....	P. 35
II Historique.....	P. 35
III Epidémiologie.....	P. 36
IV Causes.....	P. 37
V Religions : obstacles à la pratique de l'IVG.....	P. 39

VI Démarches à suivre.	P. 40
VII Quelles sont les méthodes utilisées ?	P. 44
VIII Complications.	P. 48
IX Le coût d'une IVG.	P. 50
<i>B/ La population adolescente.</i>	<i>P. 53</i>
I Qu'est ce que l'adolescence ?	P. 53
II Conséquences physiques : la puberté.....	P. 54
III Conséquences Psychologiques : le « bouillonnement intérieur ».....	P. 55
IV Conséquences Sociales : apprentissage de la vie en groupe et prise de risques.	P. 57
<i>C/ La relation soi-gnant, soi-gné.</i>	<i>P. 58</i>
I Qu'est ce que la communication ?	P. 59
II La relation d'aide en soins infirmiers.....	P. 61
III Qu'est ce que l'accompagnement	P. 67
IV Reconnaître les différences pour mieux soigner.....	P. 68
<i>D/ Les mécanismes de défense.</i>	<i>P. 69</i>
I Qu'est ce qu'un mécanisme de défense ?	P. 69
II Quels sont les différents mécanismes de défense mis en place par l'infirmière ?.....	P. 70
III Pourquoi des mécanismes de défense ?	P. 72

IV Peut-on reconnaître et prévenir la formation des mécanismes de défense ?
.....P. 73

ENQUETEP. 75

◇ Méthodologie.....P. 76

◇ Analyse de contenu.....P. 76

◇ Retour à l'hypothèse.....P. 81

CONCLUSIONP. 84

BIBLIOGRAPHIEP. 86

ANNEXESP. 91

INTRODUCTION

Une infirmière est une personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. Dans le cadre de son rôle propre, elle doit mettre en œuvre une aide et un soutien psychologique envers les patients.

Lors de mes différents stages, j'ai eu l'occasion de mettre en place ce rôle. Cela ne me semblait pas infaisable, pourtant lors d'un de mes stages, j'ai eu à prendre en charge des adolescentes qui venaient d'interrompre leur grossesse volontairement. J'ai considéré cette prise en charge comme un échec car il était impossible pour moi d'échanger des paroles spontanément avec ces adolescentes. Si je ne suis pas capable de communiquer avec ces adolescentes, je ne peux leur être d'aucune aide en cas de demande de soutien. Cette difficulté a été surmontée par mon attitude professionnelle et le contact avec ces jeunes femmes a pu se nouer. Cependant, à chaque fois que je devais prendre en charge une adolescente, ma difficulté réapparaissait. Une de mes collègues semblait avoir les mêmes difficultés avec ces adolescentes, alors qu'une autre de mes collègues prenait en charge ces patientes et communiquait avec elles de façon spontanée. Ce constat m'a amené à réfléchir sur mes pratiques professionnelles et sur les difficultés que pouvaient rencontrer une infirmière lors de la prise en charge de ces patientes dans le cadre d'une IVG. L'IVG concerne des jeunes filles qui risquent de conserver un mauvais souvenir de leur première expérience sexuelle. Il est donc souhaitable que les adolescentes soient bien accompagnées durant cette épreuve.

Je souhaitais traiter ce thème pour mon travail de fin d'études : en effet tout ceci avait pour moi un intérêt professionnel puisque j'ai cherché la façon de prendre en charge au mieux ce problème. Ensuite cela avait aussi un intérêt personnel à cause

du malaise que j'ai pu ressentir. Le travail de fin d'études, fait partie intégrante de la formation à la profession d'infirmier(e) au titre de l'article 4.3.1 de l'arrêté du 30 mars 1992, relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier. Celui-ci stipule que l'élève infirmier(e) de troisième année doit fournir:

« Un travail de fin d'études d'infirmier, écrit et personnel, (...) sur un thème d'intérêt professionnel choisi par l'étudiant en accord avec l'équipe enseignante ».

Ma question de départ était :

« Dans quelle mesure, le vécu, le ressenti, les préjugés de l'infirmière peuvent-ils influencer la relation d'aide auprès d'adolescentes qui sont hospitalisées lors d'une interruption volontaire de grossesse ? »

Je voulais comprendre ce problème pour trouver ensuite des solutions dans ma pratique professionnelle. Pour cela j'ai rencontré des professionnels qui ont l'habitude de recevoir dans les services cette population adolescente, nous verrons les résultats de ces entretiens dans l'analyse de la phase exploratoire.

Pour développer ce thème de la relation soignant-soigné dans le cadre de l'IVG, j'ai effectué des recherches documentaires sur mes concepts clés que je développe dans mon cadre théorique.

Enfin, après avoir émis l'hypothèse, nous verrons les résultats de l'enquête auprès des professionnels de santé. En conclusion, nous reviendrons brièvement sur le travail nous établirons des constats puis élargirons la recherche.

ETAPE EXPLORATOIRE

◇ Méthodologie

Afin de légitimer ma question de départ et la tester dans sa faisabilité, je me suis rendue dans différents services. Tout d'abord un service de chirurgie où sont pratiquées les IVG qui sont faites sous anesthésie générale, puis deux centres d'orthogénie. Ces services appartiennent à des centres hospitaliers de la région centre.

Je me suis rendue dans ces services par deux fois. J'ai choisi ces services car je pouvais rencontrer des infirmières et des aides-soignantes qui prennent en charge des adolescentes qui viennent interrompre leur grossesse. J'ai mené mes entretiens également avec des aides soignantes puisque l'article 4 du décret du 11 février 2002 stipule « lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant du rôle propre (...) l'infirmier, peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants ». L'aide et le soutien psychologique sont intégrés dans le rôle propre. J'ai également contacté une conseillère conjugale qui a bien voulu me recevoir. Il était impossible de questionner les adolescentes qui avaient vécu cette épreuve qui était encore trop douloureuse pour certaines, cependant, les quatre adolescentes avec qui j'ai pu avoir des contacts par le forum d'un site Internet et que j'ai contactées par email par la suite, m'ont relaté leur vécu de l'IVG. Certaines étaient encore fragilisées par leur interruption de grossesse. Dans leur discours, j'ai réussi à comprendre quelques éléments sur le vécu psychologique de cet acte. Enfin j'ai rencontré un chef de service de gynécologie obstétrique qui pratique des IVG, qui m'a plus dirigé sur la prise en charge médicale et a abordé avec moi tout l'aspect médical de l'IVG

J'ai ainsi pu interroger au total huit infirmières deux aides-soignantes dans ces différents services. Je me suis heurtée à certains refus de la part des

infirmières, d'autres ont été gênées par la présence du magnétophone. Enfin certaines ont voulu réaliser l'entretien avec plusieurs collègues.

J'ai mené des entretiens semi-directifs, mon guide d'entretien comportait douze questions. (cf. annexe XI)

◇ Analyse du contenu des entretiens.

Au début de mon questionnaire, je souhaitais connaître leur **âge**, leur **expérience dans le service**, **l'année de leur diplôme** car je pensais que ces facteurs pouvaient influencer la perception de l'IVG, modifiant ainsi la relation d'aide.

L'âge me semblait intéressant car certaines infirmières auraient pu connaître les combats des femmes pour leur droit à l'IVG, or l'âge n'est pas un facteur significatif. Tous les professionnels interrogés avaient entre 36 et 45 ans. Leurs réponses ne diffèrent pas significativement.

L'expérience dans le service me semblait pouvoir être également un facteur influençant la prise en charge car il est admis que l'expérience peut faciliter certaines choses. Les professionnels interrogés avaient entre 2 mois et 14 ans d'expérience dans les services. L'expérience dans le service influence la prise en charge car les infirmières nouvellement arrivées dans les services (arrivée inférieure à un an) m'ont souvent interpellées sur le manque d'expérience rendant difficile leur prise en charge (cela concerne deux infirmières). Cependant comme leur venue dans le service était volontaire, elles se sont rapidement adaptées et ont vite compris les adolescentes. Cependant une infirmière a témoigné que ses débuts dans le service avaient été difficiles car elle ne connaissait pas la psychologie des adolescentes et se sentait maladroitement dans sa façon de les appréhender. Ce problème fut vite résolu grâce à l'aide de ses collègues.

Enfin je souhaitais connaître l'année où les infirmières avaient obtenu leur diplôme d'état car la formation à la relation d'aide est une introduction récente (1992) dans la formation. Certaines infirmières auraient pu ne pas être formées à la relation d'aide ; cependant elles auraient tout de même eu l'obligation de se former (Article 10 du décret du 16 mars 1993).

Enfin pour finir l'introduction du questionnaire, je me suis interrogée sur **les motivations** des infirmières pour travailler dans ce service. Ont-elles fait la démarche de travailler dans ce service ou les y a-t-on contraintes ?

« Il faut avoir envie de s'occuper de ces femmes » m'a dit une des infirmières rencontrées. A l'envie de s'occuper ou non de ces femmes, s'ajoute la clause de conscience. Celle-ci stipule que l'on ne peut contraindre un membre du personnel soignant à s'occuper des femmes qui interrompent leur grossesse.

Toutes les infirmières rencontrées étaient volontaires pour travailler dans ces services. Pour le service de chirurgie une infirmière m'a répondu qu'elle était volontaire pour travailler dans le service car le travail était très diversifié, cependant, voulait-elle travailler auprès des femmes qui viennent interrompre leur grossesse ? L'infirmière m'a répondu que s'occuper de ces femmes ne la dérangeait pas.

La suite de mon questionnaire était plutôt centrée sur la prise en charge et les difficultés rencontrées par les infirmières.

Tout d'abord je voulais savoir si la prise en charge pouvait être influencée par l'âge de la patiente. Pour cela j'ai interrogé les infirmières sur leur prise en

charge des femmes majeures d'une part et des adolescentes mineures d'autre part.

Les réponses des infirmières et des aides-soignantes étaient nettes, elles ne faisaient pas de différence entre les adolescentes et les femmes majeures. Cependant lors de l'analyse post-entretien j'ai constaté que les professionnels paraissaient plus touchés par le vécu de l'IVG des femmes majeures que celles des mineures. Les femmes majeures manifestant leur tristesse par des pleurs, elles ont besoin de parler avec le personnel, elles expriment leur besoin d'aide. En revanche les adolescentes semblent plus prostrées et ne sont pas prêtes à communiquer avec le personnel. Pour ces raisons, les infirmières indiquent que le comportement de l'adolescente ne favorise pas la communication. Les adolescentes ne demandant pas d'aide significativement au personnel, celui-ci estime que ces adolescentes n'ont pas besoin d'aide. Cette constatation concerne trois infirmières sur six et qui travaillent dans un service de chirurgie. Les infirmières des centre d'orthogénie et centre d'IVG sont elles plus impartiales. Pour elles toutes les femmes souffrent et elles ont toutes besoin d'aide.

La prise en charge des adolescentes n'est donc pas une prise en charge particulière.

Une infirmière m'a répondu suite à cette question qu'elle prenait en charge de la même manière toutes les personnes qui se présentaient dans le service. C'est un moyen de fausse réassurance pour elle-même. Effectivement, nous devons prendre en charge toutes les personnes sans distinction (art. 25 du décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles) cependant il faut adapter cette prise en charge à la personne soignée puisque les soins sont individuels.

Ensuite j'ai essayé de percevoir si les difficultés de prise en charge étaient spécifiques aux adolescentes.

Les infirmières m'ont toutes répondu que la prise en charge d'une adolescente mineure ne leur posait pas plus de problèmes que la prise en charge d'une femme majeure. Cependant quatre infirmières m'ont répondu qu'elles avaient quelques difficultés avec les adolescentes lorsque celles-ci sont prostrées ou lorsqu'elles ne veulent pas communiquer. Selon ces mêmes infirmières, la prise en charge des adolescentes est rendue difficile par l'influence des adolescentes. « Je n'ai pas de problèmes, enfin, tout dépend de l'adolescente qui se trouve en face de moi » « En général tout se passe bien mais pour certaines nous rencontrons des difficultés lorsqu'elles nous posent trop de problèmes »

Une infirmière m'a répondu « Pour faire un bon accompagnement, il faut avoir envie d'aider les femmes et il faut accepter soi même l'IVG »¹

Puis si les infirmières me répondaient qu'elles avaient des problèmes dans leur prise en charge, je cherchais à savoir où les infirmières situaient l'origine du problème. Cette question concernait donc quatre infirmières.

Deux infirmières ont répondu que le problème se trouvait chez l'adolescente. Une infirmière a répondu que le problème venait à la fois de l'adolescente et de l'infirmière. Une infirmière n'a pas souhaité s'exprimer.

Finalement, je me suis demandé si les adolescentes, selon les infirmières, avaient des attentes envers le personnel soignant ?

¹ Une infirmière.

En effet, l'adolescente a peut-être un bon soutien familial et amical, elle n'a donc peut-être pas besoin du soutien des infirmières dans le service. C'est pourquoi il est bon se s'assurer qu'il y a un besoin d'accompagnement, s'assurer qu'il y a une demande car il n'est pas utile pour l'adolescente de l'aider si celle-ci n'attend pas de la part de l'infirmière de l'aide. Toute la difficulté dans la relation d'aide serait donc de reconnaître la demande.

Quatre infirmières m'ont répondu que les attentes des adolescentes étaient simplement une solution à leur problème de grossesse.

Une infirmière m'a répondu que les adolescentes souhaitent que le personnel prenne en charge la douleur de ces jeunes femmes. Cette infirmière m'a répondu également que les adolescentes ne souhaitent pas parler pendant l'hospitalisation. Lors de cette hospitalisation, le rôle de l'infirmière n'est pas de faire parler l'adolescente qui a déjà raconté son histoire au médecin et à la conseillère conjugale. Cependant l'infirmière doit toujours laisser une opportunité de dialogue, pour les adolescentes qui en ont besoin.

Une autre infirmière m'a répondu que les adolescentes souhaitent que le personnel soit discret. Elle définissait son rôle comme devant être discrète et devant s'occuper du problème du jour à savoir l'interruption volontaire de grossesse et ses suites physiques. Ne considérant pas son rôle comme devant parler de la situation avec la jeune fille en prétextant « le soignant n'est pas psychologue ».

Enfin deux infirmières considèrent que les adolescentes n'attendent rien du personnel. Elles justifient leur réponse par le fait que les adolescentes, insouciantes viennent pour « le geste » et repartent comme elles sont venues.

Concernant les adolescentes, elles attendent du personnel une considération, elles souhaitent que le personnel soit bienveillant à leur égard. Une des adolescentes a apprécié lors de son passage le sourire d'une infirmière et l'autre, l'attention qu'avait portée l'infirmière, alors qu'elle avait froid.

Soigner, c'est se préoccuper des besoins des autres ; c'est aussi entrer en relation avec une personne qui est dans le besoin. Le besoin représente un manque objectivable ; on peut le faire apparaître et il est facile à mettre en évidence. Il faut distinguer le besoin ressenti par le malade (attentes envers le personnel) et les besoins évalués par l'institution. Nous pouvons distinguer trois besoins. *Les besoins fondamentaux* selon V. Henderson (cf. annexe X), *les besoins spécifiques* consécutifs à l'histoire et au projet de chacun, *les besoins propres* à une situation donnée ayant rapport au vécu de l'être humain.

C'est pourquoi j'ai choisi de demander ensuite aux infirmières les besoins qu'elles identifiaient pour ces patientes, ainsi que les actions qu'elles mettaient en place en rapport avec ces besoins.

Quatre infirmières identifient des besoins si l'adolescente demande de l'aide.

Deux infirmières n'identifient pas de besoins pour ces patientes, car elles considèrent qu'elles n'ont rien à leur apporter, puisqu'elles ont déjà vu des professionnels à qui elles ont pu parler. Enfin elles finissent par dire qu'elles communiquent avec elles mais que cette communication n'est que superficielle.

Une infirmière identifie le besoin de communiquer. Une infirmière n'a pas souhaité répondre à la question.

Concernant les **actions mises en place**, les infirmières ont toutes répondu qu'elles essayent d'établir une communication mais que celle-ci demeurerait très superficielle. Quatre infirmières ont répondu que si les adolescentes n'en faisaient la demande, alors elles restaient discrètes pour ne pas être trop intrusives.

Trois infirmières ont répondu qu'elles prétextaient la prise de tension pour entrer en communication avec les adolescentes. Cependant, elles ne parlent pas de l'histoire qui a conduit le jeune fille dans le service mais plutôt de la vie scolaire et extra scolaire.

Concernant la communication, les infirmières ont anticipé ma question en répondant lors de la question précédente.

Enfin, comme dans *interruption volontaire de grossesse* il y a interruption d'une vie, je souhaitais savoir si les adolescentes devaient passer par un travail de deuil lors de leur arrêt de grossesse ? Si ce deuil existe je cherchais à savoir quand celui ci se produisait.

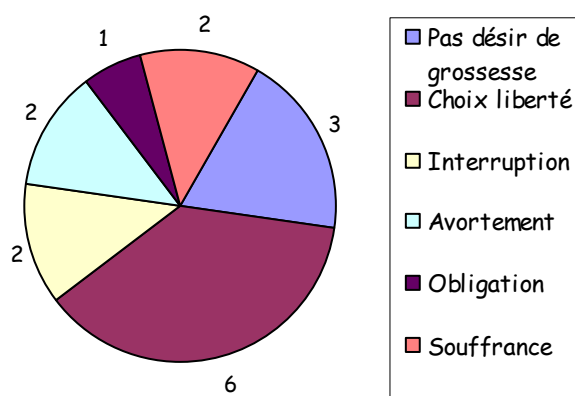
Les infirmières ont été unanimes pour répondre que les adolescentes doivent passer par un travail de deuil de ce fœtus tout comme les femmes majeures, cependant ce travail ne se fait pas immédiatement. La plupart des adolescentes ne prennent conscience de leur acte que lorsqu'elles vont donner la vie quelques années après. Ce travail est retardé par l'anesthésie générale, puisque la patiente est passive et « s'abandonne » aux mains du médecin. En revanche la douleur lors d'un accouchement futur peut-être majorée lorsque la patiente a choisi la méthode médicamenteuse, ressentant alors les mêmes contractions.

Les adolescentes contactées m'ont parlé d'un deuil qu'elles devaient faire pour accepter leur IVG. L'une trois après son IVG n'avait toujours pas fait son deuil de son

acte. Les infirmières méconnaîtraient -elles les mécanismes de deuil l'existence de celui-ci chez les adolescentes ?

Comme je pensais que les préjugés, le ressenti pouvaient influencer la prise en charge, j'ai essayé le principe de l'association de mots ; pour cela j'avais écrit à l'encre noire sur une feuille blanche le mot « interruption volontaire de grossesse » au centre de la feuille. A la fin de l'entretien je montrais cette feuille aux infirmières en leur demandant quelles idées ou quels mots leur venaient immédiatement à l'esprit face à cette feuille.

- Pas désir de grossesse. arrêt de grossesse ;
- Choix Liberté
- Avortement.
- Interruption
- Obligation
- Souffrance



Représentation graphique des réponses des infirmières.

Suite à l'analyse des résultats des entretiens, nous constatons que la prise en charge des adolescentes mineures qui désirent interrompre leur grossesse n'est pas

aisée. Plusieurs réponses des infirmières ont ainsi légitimé la question de départ. A partir de ce constat nous pouvons élaborer la question de recherche, qui va désormais articuler le reste du travail en fixant l'orientation de celui ci.

« Quelle est l'incidence du vécu personnel, des préjugés, du ressenti de l'IVG sur la relation d'aide que l'infirmière doit mettre en place lors de l'hospitalisation d'une adolescente mineure non émancipée qui interrompt volontairement sa grossesse ? »

Cette question de recherche a suscité en moi d'autres questions que nous allons voir dans la problématique qui suit.

DE LA PROBLEMATIQUE À L'HYPOTHÈSE

Suite à ces entretiens, plusieurs questions s'imposaient à moi. Ces questions sont rédigées ci-dessous. Ce questionnement a abouti à la formulation de l'hypothèse.

***Est-ce par manque de temps que les infirmières ne peuvent pas créer une relation d'aide auprès des adolescentes qui sont hospitalisées dans le service ?**

Le temps est un élément dont il faut tenir compte. En effet, du fait de la pénurie et des obligations liées aux prescriptions médicales, les infirmières ne peuvent plus prendre le temps de s'asseoir aux cotés des patients. Le manque de temps vient bien sur en priorité mais ceci est un facteur que l'on ne peut pas influencer.

Cependant le temps n'est pas un obstacle majeur à la relation d'aide, car en très peu de temps, une infirmière peut être aidante pour la personne soignée. Des études ont été menées afin d'objectiver le temps passer auprès des patients et le bénéfice obtenu. A temps égal dans la chambre, les patients ont tous dit que l'infirmière qu'ils avaient trouvée la plus présente était celle qui avait pris le temps de s'asseoir et de communiquer avec le patient et de l'écouter.

***Est-ce par ce que l'infirmière n'est pas volontaire pour travailler auprès de femmes qui subissent des IVG que l'infirmière ne peut établir une relation d'aide ?**

Toutes les infirmières que j'ai interrogées, m'ont répondu qu'elles étaient volontaires pour travailler auprès de ces femmes. De plus, il existe une « clause de conscience » qui stipule que l'on ne peut obliger un membre d'une équipe soignante à s'occuper de femmes qui subissent une IVG. Cette « clause de conscience » permet à tout membre du corps médical de refuser de pratiquer un tel acte s'il estime que cela va à l'encontre de ses principes philosophiques et moraux.

***Est-ce parce que les infirmières ne connaissent pas la relation d'aide et ses éléments que celle-ci ne peut pas se créer ?**

Dans la formation infirmière, nous avons des cours sur la relation d'aide lors de l'approche des soins palliatifs notamment. Tout au long de la formation, il est obligatoire pour l'IFSI de former les étudiants en soins infirmiers à la relation d'aide. Afin de valider nos connaissances sur ce thème, nous sommes évalués lors de nos mises en situations professionnelles sur l'approche de la personne et la relation d'aide auprès de cette personne. Les infirmières formées avant 1992 n'ont pas eu cet approfondissement sur la relation d'aide, il peut donc être difficile pour ces infirmières de la mettre en pratique. Cependant l'obligation de formation oblige ces mêmes infirmières à actualiser leurs connaissances.

***Est-ce parce que les adolescentes lors de l'hospitalisation ne sont pas prêtes à communiquer avec des infirmières qu'elles ne connaissent pas et qu'elles ne verront qu'un court temps, que la communication ne peut s'établir ?**

Ce questionnaire impliquait que je recueille des témoignages d'adolescentes qui avaient subi cette épreuve. Les adolescentes qui ont accepté de témoigner m'ont toutes expliqué qu'elles n'étaient pas prêtes à communiquer spontanément mais que si on leur en avait donné l'occasion alors elles auraient été soulagées de parler. Trois adolescentes ont admis que sur le moment, elles appréciaient le silence. Manifestement, le besoin de parler intervient après l'hospitalisation. Cependant, bien que la plupart des adolescentes ne souhaitent pas communiquer lors de l'hospitalisation, pour la minorité qui souhaite communiquer, il est nécessaire pour l'infirmière de rester vigilante sur cette demande de communication ou non. A partir de cette question, d'autres s'imposent

***Est-ce parce que les infirmières ne reconnaissent pas la demande d'aide de la part de l'adolescente que la relation d'aide ne peut être mise en place ?**

***Est-ce parce que les infirmières méconnaissent l'adolescence et les traits de caractères des adolescents que la relation d'aide ne peut être mise en place ?**

***Les infirmières savent-elles reconnaître les mécanismes de défense chez ces patientes?**

En effet lors de mes entretiens de la phase exploratoire, j'ai pu entendre que selon les infirmières, les adolescentes qui étaient dans le service étaient prostrées, et ne parlaient pas. Ceci peut être un mécanisme de défense de la part de l'adolescente qui vit cette IVG. Cette attitude peut être expliquée par le sentiment de culpabilité créé par l'IVG¹. En effet dans cette recherche, les auteurs ont distingué que l'expression d'une culpabilité pouvait se manifester notamment par une attitude mutique ou un silence total.

Les préjugés, le vécu personnel d'une situation, le ressenti d' l'IVG vont influencer la prise en charge des adolescentes. Cependant, l'infirmière, professionnelle de santé, a des devoirs envers les patients qu'elle est tenue de respecter. Pour continuer à exercer elle doit se protéger de ce qu'elle juge inconsciemment intolérable pour elle même.

Est ce par ce que l'infirmière se protège, que la relation d'aide auprès des adolescentes est altérée ?

¹ IVG et culpabilité in revue soins. Juin 1998. p 26-27 Arnaud SALMON ROUSSEAU et Dominique HILLY

C'est à partir de cette interrogation que j'ai choisi de travailler l'hypothèse suivante :

« La relation d'aide qui doit exister entre l'infirmière et l'adolescente mineure non émancipée hospitalisée lors d'une interruption volontaire de grossesse est entravée par la mise en place inconsciente par l'infirmière de mécanismes de défense. »

CADRE THEORIQUE

A/ Concernant l'IVG

➤ La loi du **17 Janvier 1975** (loi Veil) : première loi qui autorise l'interruption volontaire de grossesse mais sous certaines conditions :

- L'IVG est pratiquée à la demande d'une femme enceinte que son état place « dans une situation de détresse » (*art.L162-1*). Elle est seule juge de cette situation.

- *avant la fin de la dixième semaine de grossesse,*
- *par un médecin,*
- *dans un établissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L 176 du code de la santé publique.*

➤ Instaurée au départ pour une période de cinq ans, elle fut reconduite de façon définitive avec la loi du **31 décembre 1975** (loi Pelletier).

➤ 1989 : la pilule abortive (RU 486) peut être utilisée, sous certaines conditions, en milieu hospitalier, pour provoquer un avortement.

➤ Elargissement du délai réglementaire avec la loi du **4 juillet 2001** : l'IVG peut être pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse (soit 14 semaines d'aménorrhée (*art 1 et 2 du 4 juillet 2001*)).

Pour les mineures non émancipées, le principe du consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du représentant légal est aménagé. Si elle en fait la demande et persiste dans le refus qu'ils soient consultés, la mineure peut se faire accompagner par une autre personne majeure de son choix.

➤ Décret n° 2002-799 du **3 mai 2002** relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures sans consentement parental.

B/ Concernant les professionnels.

✓ Loi du 31 décembre 1979 (relative à L'IVG) :

Article 2: « *la formation initiale et la formation permanente des médecins, des sages femmes, ainsi que des infirmiers et infirmières comprennent un enseignement sur la contraception* ».

✓ décret du 11 février 2002 (relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier) :

Article 1^{er}: « *l'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé* ».

Article 2 : « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade...Ils ont pour objet, ..., de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social... »*

Article 4 : « *lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant du rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignantes (...) qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation.* »

✓ décret du 16 février 1993 (relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières) :

Article 2 : « *L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.* »

Article 25 : « *l'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses moeurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation* ».

Article 26 : « *L'infirmier agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient* »

C/ Concernant les mineures non émancipées.

Est mineure toute personne qui n'a pas atteint l'âge de la majorité légale (En France 18 ans.).

Le droit civil prévoit qu'un(e) mineur(e) ne peut exercer elle-même les droits qu'elle a sur son corps en raison de son incapacité juridique (code civil art 371-2)

La puberté est achevée, la personne est nubile, elle est en âge de se marier. Actuellement en France, les filles sont nubiles à 15 ans et les garçons à 18 ans. Si la jeune fille ou le jeune garçon se marient à cet âge, ils sont alors émancipés.

Emancipation : Décision judiciaire ou effet légal du mariage, qui confère à un mineur, assimilé à un majeur, la pleine capacité juridique.

Avant de nous interroger sur la relation entre l'infirmière et la patiente, approfondissons nos connaissances sur l'I.V.G.

A/ l'Interruption volontaire de grossesse.

I Définition

D'après le Larousse médical (1995) : « C'est un avortement provoqué au tout début de la grossesse pour des raisons non exclusivement médicales ».

L'IVG est donc une pratique médicale ou chirurgicale permettant à la femme qui en fait la demande d'interrompre une grossesse non souhaitée.

II Historique.

A une époque où la femme était soumise, l'avortement n'était pas pensable et impossible dans la logique des choses car c'était aller contre nature car par nature une femme est faite pour enfanter. Depuis les années 1800, de nombreux combats ont été menés par les femmes pour qu'elles aient désormais des moyens légaux et médicaux d'avoir ou non des enfants. D'ailleurs, Nelly Roussel (1878-1922) féministe française, libre penseur, fut une ardente militante du combat pour le contrôle de la fécondité au nom de la liberté des femmes.

- **1810** : le code pénal punit en réclusion les personnes qui pratiquent, aident ou subissent un avortement.
- **1920** : la contraception et l'avortement sont interdits.

➤ **1939** : le code de la famille est instauré. Des brigades policières chargées de traquer les « faiseuses d'anges » sont créées ; La répression s'accroît.

➤ **1942** : l'avortement est un crime d'Etat puni de mort.

➤ **1955** : l'avortement thérapeutique est autorisé aux Etats-Unis.

Le docteur Pincus G. met au point la « pilule ».

➤ **1967** : la loi Neuwirth autorise la contraception en France.

➤ **1972** : création de centres de planification et d'établissements d'information sur la sexualité.

➤ **1974** : l'assurance maladie rembourse les contraceptifs, lesquels sont délivrés anonymement et gratuitement pour les mineures dans les centres de planification.

➤ **1975** : la loi Veil légalise l'interruption volontaire de grossesse.
Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975

➤ **1979** : cette loi est votée définitivement.

➤ **1990** : l'emploi d'un produit abortif, le RU 486, est autorisé en milieu hospitalier.

➤ **1993** : dépénalisation de l'auto-avortement par la création du délit d'entrave à l'I.V.G. Les auteurs des commandos qui attaquent des centres qui pratiquent les I.V.G. sont poursuivis en justice.

➤ **2001** : le 4 juillet la loi Aubry réforme la loi de 1975.

(cf. annexe VIII : « historique »)

III Epidémiologie.

La loi de 1975, relative à l'IVG, précise dans son article 4 que :

« Tout avortement provoqué doit être déclaré. »

Ainsi, des statistiques peuvent être réalisées et permettent de décrire l'évolution de la pratique de l'IVG depuis cette date. Environ 210.000 IVG ont été comptabilisées en 2002 en France.

Tableau 2 : Nombre d'IVG et pourcentages

	IVG en 2001				IVG en 2002			
	Nombre total d'IVG	Nombre d'IVG < 18 ans	Nombre d'IVG > 18 ans	% mineure/majeure	Nombre total d'IVG	Nombre d'IVG < 18 ans	Nombre d'IVG > 18 ans	% mineure/majeure
région centre	6310	358	5952	6%	6537	307	6230	4,93%
CH Blois	778	48	730	6,58%	699	36	663	5,43%
CHRU Tours	1237	67	1170	5,73%	1339	61	1278	4,77%

Source : DRASS Service Statistique Régionale.¹

IV Causes

« Une formation et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à

¹ Note pour le lecteur : les deux établissements cités pour l'épidémiologie, ne sont pas les seuls établissements où je me suis rendue. La DRASS n'ayant pas été en mesure de me fournir les renseignements pour les autres centres hospitaliers où je me suis rendue.

la mission de santé scolaire et [d'autres personnels dont le texte précise la liste] » (section 9, chapitre II, titre 1^{er} du livre du code de l'éducation).

Cependant il y aura toujours des adolescentes qui auront recours à l'IVG et ceci peut s'expliquer par :

- Une grande différence entre le désir de grossesse et le désir d'enfant
- Désir de prouver sa féminité
- Désir d'exister
- Désir de se reproduire
- Désir de prouver son indépendance
- Désir de lancer un cri d'alarme, un signal de détresse.
- Le besoin de réassurance en se prouvant que comme sa mère l'adolescente est capable de concevoir.
- Un manque d'éducation sexuelle par les parents : Israël Nisand, professeur de gynécologie-obstétrique au CHU de Strasbourg cite :

« On apprend à nos enfants à regarder à droite et à gauche avant de traverser la rue et on ne leur apprend pas à débiter leur sexualité en évitant les grossesses ».

Certaines jeunes filles sont informées par leur famille, mais beaucoup d'autres n'ont pas cette chance.

L'éducation est donc un point primordial car d'après certaines études, lorsqu'une jeune fille avorte pour la première fois avant ses 20 ans, elle a une forte probabilité de récidiver.

V Religions : obstacles à la pratique de l'IVG.

Bien qu'elle soit légale en France, certaines religions prohibent la pratique de l'IVG.

Tableau 3 : **IVG et religions.**

Type de religion	IVG autorisée
Catholicisme	NON
Protestantisme	Relève de la responsabilité personnelle de la femme ou du couple.
Orthodoxie	NON
Judaïsme	OUI, lorsque la grossesse représente un certain danger pour la santé physique ou psychique de la mère.
Islam	NON
Bouddhisme	NON
Témoins de Jéhovah	NON, cependant, si au moment de l'accouchement, il faut choisir entre la vie de la mère et celle de l'enfant, les personnes concernées prennent la décision.

(Source : RITES ET RELIGIONS - Guide pratique pour accueillir les malades à l'hôpital.)

VI Démarches à suivre.

Si l'adolescente mineure envisage d'interrompre sa grossesse, elle devra suivre un ensemble de démarches, qu'elle effectuera seule ou avec un parent ou un responsable majeur de son choix qui sera son conseiller moral.

1 Première consultation médicale (Article L162-3)

L'adolescente mineure fait une demande d'IVG auprès d'un médecin de son choix.

- Le médecin doit informer la mineure des différentes méthodes d'interruption de grossesse, de leurs conditions de réalisation, de leurs lieux de réalisation ainsi que des risques et des effets secondaires possibles.

- Il doit aussi lui indiquer, qu'étant mineure, elle aura obligatoirement avant l'IVG, une consultation-entretien avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante spécifique pour mener ces entretiens dite conseillère conjugale. (Art. 5 de la loi du 4 juillet 2001)

- Enfin, il doit informer la mineure qu'elle doit, pour l'I.V.G., recueillir le consentement écrit de son père ou de sa mère, ou le cas échéant du représentant légal. Si la mineure désire garder le secret à l'égard de son père et de sa mère, ou de son représentant légal, ou si le consentement écrit de la mère ou du père ou du représentant légal n'est pas obtenu, le médecin doit l'informer qu'elle devra choisir soit au cours de la consultation-entretien soit, au cours des consultations médicales une personne majeure qui l'accompagnera dans sa démarche.

- Si ce médecin consulté ne pratique pas les I.V.G., il doit immédiatement en informer l'intéressée et lui communiquer le nom des praticiens réalisant les I.V.G.

A l'issu de cette consultation médicale, le médecin remet à la femme une attestation de consultation médicale et un dossier guide.

2 La consultation-entretien préalable à l'I.V.G. (article L 162-4 modifié par l'article 4 de la loi du 4 juillet 2001)

Cette consultation est obligatoire pour les mineures et doit se dérouler entre les deux consultations médicales. Elle a lieu dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé, avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée. (Art. 5 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001)

La consultation-entretien préalable à l'I.V.G. comporte un entretien individuel avec la mineure au cours duquel une écoute et un suivi psychologique, des informations ou des conseils appropriés sont apportés. Ce moment d'écoute et de dialogue est important et peut aider la mineure dans un moment difficile.

Au cours de cette consultation, la mineure peut exprimer le désir de garder le secret à l'égard de son père et de sa mère ou de son représentant légal. La personne assurant cette consultation doit alors s'efforcer, dans l'intérêt de la mineure, d'obtenir le consentement de celle-ci pour que l'un de ses parents ou son représentant légal soit consulté. Si la mineure refuse, elle est alors conseillée sur le choix de la personne majeure qui l'accompagnera dans sa démarche. En cas de refus de ses parents ou de son représentant légal d'accorder leur consentement à l'I.V.G., ou en

cas d'impossibilité à les joindre, la mineure est conseillée sur le choix de la personne majeure accompagnante.

A l'issue de cette consultation, une attestation de consultation-entretien est délivrée à la mineure. Ce document sera remis au médecin qui pratiquera l'IVG.

Son but : aider la patiente dans un moment difficile.

3 Deuxième consultation médicale

Cette deuxième consultation ne peut avoir lieu que si la consultation-entretien a été effectuée et au moins une semaine après la première consultation médicale. Elle a lieu généralement auprès d'un médecin pratiquant des IVG. (Article L162-5)

Au cours de cette deuxième consultation, la mineure doit confirmer sa demande d'IVG par écrit et remettre cette confirmation au médecin. Elle doit également présenter au médecin l'attestation de consultation-entretien ainsi que le consentement écrit de son père ou de sa mère ou, le cas échéant, de son représentant légal.

Si la mineure désire garder le secret à l'égard de ses parents ou de son représentant légal, le médecin doit s'assurer qu'au cours des consultations antérieures, il a été tenté, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que son père ou sa mère ou, le cas échéant son représentant légal soit consulté.

Si cette démarche a été entreprise, il doit demander à la mineure l'attestation de la réalisation du choix de l'adulte accompagnant.

Si la mineure veut garder le secret à l'égard de ses parents ou de son représentant légal, ou si le consentement de ceux-ci n'est pas obtenu, l'IVG est

pratiquée à la seule demande de la mineure ainsi que les actes médicaux, notamment l'anesthésie, et les soins qui leur sont liés. Le plus souvent, dans la pratique, à l'issue de cette deuxième consultation, la date de l'IVG est fixée.

A l'issue de la deuxième consultation médicale, la mineure doit disposer des documents suivants :

- un certificat de consultation médicale ;
- sa confirmation écrite de demande d'IVG ;
- l'attestation de consultation-entretien ;
- le consentement écrit de son père ou de sa mère ou de son représentant légal ou, le cas échéant, l'attestation de la réalisation du choix de l'adulte accompagnant.

Ces documents sont destinés à l'établissement ou au médecin qui pratiquera l'intervention.

Sur l'attestation de consultation-entretien établie et délivrée à la mineure doivent figurer les informations suivantes :

- la date de la consultation ;
- la décision de la mineure de conserver le secret à l'égard de ses parents ou de son représentant légal ;
- la réalisation ou non du choix de la personne majeure accompagnante si elle veut garder le secret à l'égard de ses parents ou de son représentant légal.

VII Quelles sont les méthodes utilisées ?

Il existe deux méthodes d'IVG, la technique utilisée dépend du terme de la grossesse, de l'âge de la femme et de son état de santé.

- **L'IVG médicamenteuse** peut être pratiquée jusqu'à la fin de la 5ème semaine de grossesse, soit maximum 7 semaines après le début des dernières règles.

- **L'IVG instrumentale** peut être pratiquée jusqu'à la fin de la 12ème semaine de grossesse, soit la 14ème semaine après le début des dernières règles.

1 La technique médicamenteuse.

a) principe de la méthode médicamenteuse.

Cette méthode consiste à prendre des médicaments. Elle ne nécessite donc ni anesthésie ni intervention instrumentale.

Les médicaments utilisés sont :

- La **mifépristone** (mifegyne®) qui bloque l'action de l'hormone (la progestérone) nécessaire au maintien de la grossesse, favorise les contractions de l'utérus et l'ouverture du col utérin, ce qui permet l'expulsion de l'œuf ;

- Les **prostaglandines** qui augmentent les contractions de l'utérus ;

- Les **antalgiques** qui agissent contre la douleur. Ils ne sont pas systématiquement prescrits.

b) Les trois étapes de cette méthode.

1^{ère} étape

Le médecin donne à la mineure la mifépristone qu'elle absorbe devant lui.

La mineure peut alors rentrer chez elle, après avoir pris rendez-vous pour la 2^{ème} étape qui doit avoir lieu 36 à 48 heures après.

2^{ème} étape

Elle doit avoir lieu 36 à 48 heures après la première étape.

Le médecin donne à la mineure des prostaglandines soit sous forme de comprimés à avaler soit sous forme d'ovule à mettre à l'intérieur du vagin. La mineure reste pendant quelques heures sous surveillance médicale. Pendant ces quelques heures, il surviendra des saignements, des contractions utérines qui peuvent être douloureuses et éventuellement l'expulsion de l'œuf.

A l'issue de ces quelques heures, qu'il y ait eu ou non expulsion de l'œuf, la mineure peut rentrer chez elle, après avoir pris rendez-vous pour la 3^{ème} étape. Les saignements durent en général une semaine, parfois plus longtemps. Ces saignements ne prouvent pas que la grossesse est arrêtée.

3^{ème} étape

Cette **consultation médicale de contrôle est obligatoire** pour vérifier que la grossesse est interrompue. Elle a lieu huit à dix jours après la deuxième étape. En cas d'échec (moins de 5 % des cas), c'est-à-dire si la grossesse se poursuit, **il est impératif de recourir à la technique instrumentale.**

2 La technique instrumentale.

a) Principe.

Elle consiste en une aspiration du contenu de l'utérus au moyen d'une canule, précédée d'une dilatation du col de l'utérus. Un médicament peut être administré pour faciliter la dilatation.

Cette technique nécessite soit une anesthésie générale soit une anesthésie locale. La mineure détermine, avec l'aide du médecin, l'anesthésie la plus adaptée à son cas.

b) Les trois étapes de cette méthode.

1^{ère} étape : La consultation pré-anesthésique

Une consultation avec un anesthésiste est obligatoire avant l'intervention.

2^{ème} étape : L'intervention

A Blois, si l'intervention est prévue sous anesthésie générale, l'intervention se déroule dans un bloc opératoire. Elle dure une dizaine de minutes. L'intervention terminée, une surveillance post opératoire immédiate est réalisée. Puis la mineure retourne dans le service où la surveillance est maintenue.

Si l'intervention est prévue sous anesthésie locale, l'intervention se déroule dans le service d'IVG dans une salle spéciale. Suite à l'intervention, la surveillance clinique de la mineure est la même que pour une anesthésie générale.

A l'issue de cette surveillance dans le service et si aucune complication n'est survenue, la mineure peut rentrer chez elle en général vers la fin de l'après midi à la seule condition que l'accompagnant majeur ou les parents de l'adolescente soient présents à sa sortie du service.

Eléments de surveillance des IVG en post opératoire.

Les paramètres à surveiller dans les heures qui suivent, sont:

- l'importance du saignement,
- le pouls, la tension, la température,
- le volume utérin

Si la patiente est rhésus négatif, on procédera à une séroprévention anti-D.

Les traitements prescrits généralement sont un utéro-contractant pour limiter les saignements et favoriser la rétraction utérine, une contraception orale afin d'aider à la régénération de la muqueuse utérine, éventuellement, dans certains cas, des antibiotiques en pré ou post-IVG.

Une visite post-IVG sera réalisée 15 jours après, et l'on prendra alors le relais par une contraception efficace et adaptée, afin d'éviter une nouvelle grossesse non désirée.

3^{ème} étape : La consultation médicale après l'IVG

Comme après toute intervention chirurgicale, une consultation de contrôle est nécessaire dans les 15 jours à trois semaines suivant l'IVG. Cette consultation peut avoir lieu avec n'importe quel médecin choisi par la femme. Quelle que soit la méthode utilisée, en cas d'inquiétude, la mineure peut avancer la visite de contrôle. Cette

consultation n'est pas obligatoire. Elle présente juste un **caractère facultatif** mais les infirmières à la sortie de l'adolescente lui recommandent fortement de se rendre à cette consultation car cette consultation peut-être la chance pour l'adolescente d'exprimer la souffrance qu'elle n'a pu exprimer avant. La notion de visite de contrôle apparaît dans les recommandations de l'ANAES¹

VIII Complications

Les avortements clandestins d'autrefois ont fait place à des gestes codifiés, précis, dans des structures adéquates. Cela a entraîné la diminution du nombre et de la gravité des complications liées à l'interruption de grossesse.

Cependant, quelle que soit la méthode utilisée, dans les jours suivant l'IVG, la femme peut présenter diverses complications.

1 Complications physiques

Rares, elles ne sont pas pour autant anodines, particulièrement dans leurs conséquences éventuelles sur la fertilité future de la patiente. Elles peuvent être primitives mais aussi secondaires. Notons la possibilité d'accidents liés à l'anesthésie. Dans les pays développés où l'IVG est légale, les décès après IVG sont très faibles, de l'ordre de 0,2 à 1,2 pour 100 000 IVG. Ces conséquences peuvent être :

a) les hémorragies

b) les lésions cervicales

c) Les perforations.

¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines. Texte des recommandations Mars2001.

d) Malaise vagal.

e) Incompatibilité Rhésus

f) Infections post-IVG et prévention.

2 Complications psychologiques.

Le traumatisme psychique subi par la patiente est très variable en fonction de sa personnalité, de son histoire individuelle mais aussi de la prise en charge et du déroulement de l'IVG.

Avorter est toujours une décision difficile à prendre, douloureuse à vivre, bien plus d'ailleurs psychologiquement que physiquement. Cela laisse une cicatrice dans sa vie dont on doit faire le deuil et de laquelle on doit guérir. Une grossesse même non désirée, représente un enfant potentiel, une projection de soi-même. Un devenir, pour un instant, du domaine du possible. Prendre la décision de l'arrêter quelles que soient les raisons, est très difficile, et il est important de pouvoir proposer aux patientes un accompagnement et un dialogue digne de ce nom. L'accompagnement cela peut-être le contact d'une main, un sourire compatissant, une oreille attentive, parfois simplement une présence chaleureuse... Dans ces instants de grande fragilité face à la vie et à la mort, le rôle de soutien du personnel soignant est essentiel. Une IVG ne peut-être vécue par les patientes comme un mauvais rêve dont on oublie l'existence même. C'est une épreuve, avec son cortège de douleurs. Elle doit être vécue, acceptée puis dépassée pour poursuivre son chemin dans la vie.

(cf. annexe XIII : Le syndrome post avortement)

IX Le coût d'une I.V.G.

Le coût de l'I.V.G. est différent suivant la méthode utilisée.

Le coût est fixé par un arrêté ministériel. Il ne peut en aucun être dépassé.

(Tableau 1 : « coût de l'I.V.G. »)

Tableau 1 :

Coût de l'I.V.G.

	Type de méthodes	Secteur privé et public
<u>Technique médicamenteuse</u>	Forfait comprenant examens biologiques, consultations et comprimés	199,93 €
<u>Technique instrumentale</u>		
• Hospitalisation inférieure à 12 heures	I.V.G. sous anesthésie locale	137,53 €
	IVG sous anesthésie générale	184,79 €
• Hospitalisation comprise entre 12 et 24 heures	I.V.G. sous anesthésie locale	165,77 €
	IVG sous anesthésie générale	213,03 €
• Hospitalisation de 24 heures supplémentaires.		28,23 €

✓ *Prise en charge financière de l'IVG chez une adolescente mineure.*

• La mineure a informé l'un de ses parents ou son représentant légal de sa décision de recourir à une IVG et ce dernier a donné son consentement :

Généralement les mineures bénéficient de la couverture sociale de leurs parents ou de leurs représentants légaux. C'est le régime d'assurance maladie des parents ou du représentant légal qui prend en charge les frais relatifs à l'IVG.

L'IVG est remboursée à 80% par la sécurité sociale (loi Rudy 1982) et la plupart des protections complémentaires complètent ce remboursement.

• La mineure désire garder le secret à l'égard de son père et sa mère ou de son représentant légal ou si aucun des parents ou son représentant légal n'ont donné leur consentement :

Quel que soit le lieu dans lequel les démarches, les examens et l'intervention sont réalisés, aucune demande de paiement ne peut être faite à la mineure pour :

- les consultations préalables à l'IVG ;
- les examens complémentaires permettant notamment la datation de la grossesse (analyses de sang, échographie ...) ;
- la consultation pré-anesthésie si nécessaire ;
- **les frais de soins** (dans le cas d'une IVG médicamenteuse : les analyses de laboratoire préalables à l'intervention, les trois consultations nécessaires à la mise en œuvre de cette technique, les médicaments administrés ; dans le cas d'une IVG

instrumentale, les analyses de laboratoire préalables à l'intervention, l'intervention elle-même et le cas échéant l'anesthésie) ainsi que **les frais d'hospitalisation**.

Dans tous les cas, une assistante sociale, le centre de planification ou l'établissement dans lequel l'IVG est pratiquée peuvent aider les mineures dans toutes les démarches nécessaires. (cf. annexe V : Décret n° 2002-799 du 3 mai 2002)

Approfondissons maintenant nos connaissances de la population sur laquelle se porte ma recherche. J'ai choisi de mener ma réflexion sur la prise en charge des adolescentes mineures non émancipées.

B/ La population adolescente.

I Qu'est ce que l'adolescence ?

Adolescence du latin *adolescere*, signifie « grandir ». C'est déjà l'âge d'un changement, changement qui se fait sous l'égide du corps. L'histoire du corps ne débute pas à la puberté, mais celle-ci imprime un changement radical. La puberté est le statut biologique de cette période, elle aboutit à l'accession à une sexualité reproductrice. L'adolescence est le contenu social, psychique, imaginaire et symbolique de la puberté. La puberté représente une étape essentielle dans la vie de l'être humain.

Ses conséquences sont de nature :

- **PHYSIQUE** : acquisition de la capacité de procréation.
- **PSYCHOLOGIQUE** : apparition de pulsions et de sentiments nouveaux.

- **SOCIALE** : recherche de nouvelles relations en dehors de la famille.

II Conséquences physiques : la puberté.

Etape transitionnelle entre l'enfance et la vie adulte, la puberté se caractérise par le développement des caractères sexuels secondaires et des organes génitaux externes et internes. Elle entraîne également une accélération de la croissance qui répond à une maturation de la fonction hormonale des ovaires. C'est la période de la vie où l'individu acquiert la faculté de procréer. La puberté qui commence entre huit et treize ans chez les filles, a une durée totale qui s'étend sur 3 ou 4 ans.

1 Développement des caractères sexuels secondaires.

Chez la fille, le premier signe de la puberté est l'apparition du bourgeon mammaire, en moyenne vers l'âge de 10,9 ans. Il indique l'apparition d'une sécrétion d'œstrogène par l'ovaire et constitue donc le meilleur repère du début de la puberté. La pilosité pubienne apparaît dans les trois mois qui suivent le développement mammaire. Les organes génitaux externes se transforment aussi. Un développement des organes génitaux internes se produit également. Les premières règles surviennent avant la complète maturation des organes génitaux internes. Leur apparition est le plus souvent inopinée. Les règles apparaissent en moyenne entre douze ans et demi et treize ans.

2 Les changements corporels.

La puberté entraîne des modifications sur le plan de la croissance et de la corpulence. Entre douze ans et douze ans et demi, il est observé un pic de croissance de l'ordre de 8,4 cm par an en moyenne. Chez certaines filles, l'accélération staturale

précède même de quelques mois l'apparition du développement des seins. La croissance ralentit beaucoup deux ans après l'installation des règles. Les hormones ovariennes entraînent une progression de la maturation osseuse, puis une fusion des cartilages aboutissant à l'arrêt de la croissance. Parallèlement à la poussée de croissance pubertaire se produit une augmentation de la corpulence. Au début de la puberté, c'est surtout la masse musculaire qui augmente jusqu'à l'apparition des règles, puis vers la fin de cette période, l'augmentation du poids est liée à l'augmentation de la masse grasse. La prise de poids liée à la puberté peut-être à l'origine de troubles du comportement alimentaire.

III Conséquences psychologiques : le « bouillonnement intérieur ».

L'adolescence représente un travail psychologique d'élaboration d'une nouvelle identité, notamment sexuelle.

L'adolescent est en conflit avec sa famille, avec son entourage et très largement avec la société. Mais plus encore, il est en conflit avec lui-même. Ecartelé entre "une porte qui se ferme" et "une porte qui s'ouvre" il est en recherche d'identification.

Françoise Dolto nous a légué un message simple et profond concernant l'adolescence

« Fragile, fragilisé, ayant perdu la protection de l'enfance, non encore revêtu de la "carapace" de l'adulte, l'adolescent vit "le complexe du homard" : "Pour bien comprendre ce qu'est le dénuement, la faiblesse de l'adolescence, empruntons l'image des homards et des langoustes qui perdent leur coquille : ils se cachent sous

les rochers à ce moment là, le temps de sécréter leur nouvelle coquille pour acquérir des défenses". Les blessures infligées à cette chair fragile pourront laisser des cicatrices que le temps n'effacera pas. »¹

Pour mieux comprendre l'adolescence, nous pouvons décrire, d'une manière simplifiée, trois étapes, trois attitudes caractéristiques, variables en durée comme en intensité.

1 Période de repliement sur soi.

L'adolescent est secret, renfermé, pudique tant avec son corps qu'avec ses sentiments ; il protège son jardin secret. Il découvre progressivement un corps, le sien, dont les organes sexuels se sont développés et lui procurent des sensations et des sentiments nouveaux. En 1971, le psychanalyste britannique Donald Winnicott prévenait déjà : « ceux qui explorent le domaine de la psychologie doivent d'abord savoir que l'adolescent -garçon ou fille - ne désire pas être compris. Il faut que les adultes gardent pour eux ce qu'ils parviennent à comprendre de l'adolescence. »

2 Ouverture à autrui.

C'est la création de liens sentimentaux forts avec certains camarades ; c'est aussi la prise de conscience de sa singularité de garçon ou de fille, d'homme ou de femme, capable d'aimer et de séduire. Durant l'adolescence, les besoins de nature psychologique, relationnelle et affective peuvent susciter des interrogations, des incompréhensions en raison de leurs manifestations souvent contradictoires aux yeux des adultes.

¹ Françoise Dolto. Paroles pour adolescents ou le complexe du homard p.14.

3 Affirmation de son identité.

L'adolescent désire partager ses sentiments, il ressent des attirances, des élans affectifs envers des camarades de l'autre sexe qui peuvent aller jusqu'à la formation d'un couple. Il s'initie à certaines valeurs comme le respect du partenaire ou la fidélité. Durant cette période, les amitiés entre jeunes du même sexe sont souvent fortes. Elles peuvent répondre à un besoin de se rassurer sur son propre corps en le comparant avec l'autre, en partageant les mêmes préoccupations.

IV Conséquences sociales : la vie en groupe et la prise de risques.

Telles que nous les avons décrites, ces attitudes représentent les manifestations perceptibles d'une maturation normale. Les adultes n'en perçoivent généralement qu'une faible partie ; cette maturation, en effet, se vit par l'adolescent d'une manière très intime ; la découverte de son identité propre, de l'amour, est une aventure individuelle ; le jeune la partagera plus volontiers avec ses semblables qu'avec des adultes. C'est en effet à cette période de la vie que la vie de groupe est très appréciée par les adolescents. Ils se reconnaissent entre eux, ont leurs propres langages et attitudes, et leur propre « mode » vestimentaire. Il y a contradiction entre un souci de se démarquer des adultes pour affirmer son identité et un besoin de conformisme juvénile (look, goûts artistiques, langage) permettant d'être reconnu par ses semblables.

Au cours de l'adolescence, de fréquentes contradictions témoignent de ce travail de maturation psychique :

- Un besoin de sécurité et de protection s'oppose à des revendications de liberté, à un goût du risque parfois démesuré
- des élans de tendresse, d'amour, contrastent avec des manifestations de violence
- des attitudes de repli, de mutisme, s'opposent à des exigences de sorties, de participation active à la vie sociale.

La prise de risques fait partie intégrante de la vie de l'adolescent(e) ; elle pourrait se traduire par la consommation de produits toxiques (tabac, alcool, médicaments, drogues), la tentation de conduites dangereuses, d'actes illicites, délictuels, ou encore d'un comportement sexuel irresponsable.

Bien que l'amour soit un besoin à tout âge, l'adolescent veut sans cesse être rassuré sur l'amour que lui portent ses proches. Cette recherche d'affection voisine cependant avec des réactions d'opposition, de critique violente des règles familiales, voire de fuite.

C/ La relation soi-gnant, soi-gné...

Cette relation au malade nous pouvons l'écrire ainsi car nous soignons toujours une partie de nous à travers l'autre»¹.

L'infirmière a un rôle privilégié, puisque les soins infirmiers ne s'adressent pas seulement au corps, mais à tout l'être, y incluant les éléments biologiques, psychologiques, sociologiques. La fréquence des interventions infirmières auprès des malades leur permet d'établir des contacts fréquents avec les patients, contacts personnalisés et révélateurs d'une volonté d'aide. Il ne faut pas oublier que la relation

¹ Isabelle Méténier, psychologue, formatrice en relations humaines.

chaleureuse avec le patient est une condition sine qua non de la qualité des soins. La relation d'aide est au centre des soins infirmiers.

Le point de départ réside dans la volonté de donner, de partager avec le patient quelque chose de soi, lui offrir plus de chaleur humaine, de compréhension, d'écoute.

Pour définir plus clairement la relation soignant-soigné, nous parlerons des niveaux suivants :

- La communication qui sert à assurer nos interactions de chaque jour ;
- la relation d'aide, expérience plus profonde qui permet la libération d'inquiétude et de tension, l'atteinte d'un niveau plus élevé d'autonomie et d'épanouissement personnel.

I Qu'est ce que la communication ?

A cette question unique, les réponses sont multiples. A condition de dépasser les réflexions de faux bon sens : « mais tout le monde communique, il n'y a pas de quoi en faire toute une histoire... ». Oui. Mais plus ou moins bien, avec des résultats plus ou moins probants. Tout le monde communique ? Mais tout le monde se plaint en permanence de n'avoir pas été compris. Tout le monde communique ? Mais les dysfonctionnements permanents et les incompréhensions mutuelles apportent la preuve permanente qu'il doit bien y avoir des règles à respecter et des principes à appliquer si l'on veut un résultat plus satisfaisant. La communication -efficace- passe donc nécessairement par un mode d'emploi.

1 Les différents éléments de la communication.

a) La communication verbale.

Elle correspond aux mots qui sont prononcés. Le verbal ce sont les mots et leur sens. Selon le non verbal qui l'accompagne, un mot peut prendre un autre sens que son sens normal. Le sens d'une phrase peut ne pas être le même selon l'intonation, mais parfois il peut devenir opposé. Dans les échanges courants, le verbal ne représente que 10% environ de l'information véhiculée. Les 90% restant se répartissent en une grosse moitié pour les gestes et mimiques et une petite moitié pour l'intonation de la voix.

b) La communication non verbale.

Elle correspond à tout ce que le patient veut nous dire alors qu'il le fait sans mots. Il ne faut pas abuser d'un contre sens souvent employé par les soignants « non dit », car le non verbal est dit.

2 Les freins à la communication.

L'information de base peut-être mal transmise, le message peut, au cours de son voyage, subir des altérations et des transformations qui n'étaient pas voulues par l'émetteur. Par exemple : dans une conversation, un mot dont le sens est différent pour les deux interlocuteurs, l'émetteur et le récepteur peut induire un incompréhension partielle ou totale. Tous ces phénomènes qui modifient le sens premier du message, et non voulus par l'émetteur s'appellent des bruits. Plus la qualité de transmission du message est bonne, moins il y a de bruits. Plus elle est mauvaise, plus les bruits sont importants et modifieront le sens initial du message. Les bruits peuvent parasiter tous les types de message et ont toutes sortes de causes :

mauvaise formulation, approximation, langage codé, maîtrise insuffisante de la langue, raisons techniques.

La bonne transmission d'un message est assujettie à un autre phénomène : l'existence de filtres. Même dans une conversation où l'attention est soutenue, le cerveau effectue des choix à notre insu, et oublie pour des raisons complexes, de mémoriser telle ou telle donnée. Le cerveau a « filtré ». Ce qui est vrai pour le cerveau l'est tout autant pour d'autres processus de transmission de messages. Le schéma devient encore plus précis et s'écarte encore du schéma initial et idéal.

Ces bruits et ces filtres sont la règle habituelle dans la transmission de tout message. Le problème est que la plupart du temps on ne s'en aperçoit pas ; ils modifient le sens primitif du message sans même que l'on en ait conscience. On peut alors opérer un feed-back, c'est à dire demander au récepteur de renvoyer le message pour le contrôler

II La relation d'aide en soins infirmiers

Reprenons un extrait de la définition internationalement admise, formulée par V. Henderson sur la nature des soins infirmiers... « Les soins infirmiers ont pour objectif d'assister de manière individualisée les personnes malades et en santé... » Nous retrouvons là la notion d'une aide individualisée totalement inscrite dans le processus de relation d'aide.

Approche de la relation d'aide.

En opposition à la communication fonctionnelle, qui est plutôt spontanée, la relation d'aide consiste en plusieurs actions sous-entendues avec une intention précise. Il y a implication personnelle tant de la part de l'infirmière que du patient. La

relation d'aide doit provoquer des changements chez l'aidé, et doit l'amener à trouver des solutions avantageuses à ses problèmes.

C'est selon R. Magnon et G. Dechanoz, un « acte de soins par lequel l'infirmière établit une communication avec une ou plusieurs personnes soignées en vue de les aider à prendre conscience de leurs difficultés propres et à les résoudre. Cette relation consciente et réfléchie résulte d'une analyse de la situation de soins et s'inscrit dans un projet thérapeutique ».

Pour être établie, la relation nécessite au préalable un temps minimum à consacrer au malade et pour soi-même ainsi qu'un minimum de disponibilité psychologique. Rogers a cherché ainsi les attitudes qui sont qualifiées d'aidantes grâce à la description de ce que lui a éprouvé quand il s'est perçu comme aidant.

a) Principe.

La relation d'aide est une relation empathique où le soignant est suffisamment proche du malade pour percevoir et sentir ce qu'il ressent, mais aussi suffisamment distant et non fusionnel pour ne pas se projeter lui-même dans la situation, pour ne pas parler et agir à la place du patient.

Jacques Salomé définit la relation d'aide « comme une relation spécifique dans laquelle une personne sera assistée pour opérer son ajustement personnel à une situation à laquelle elle ne s'adapterait pas sans soutien ou sans apport d'un tiers ».¹

b) Les différents stades de la relation d'aide.

¹ Mémoire infirmier sur la relation d'aide 1996.

La relation informelle est celle que l'infirmière applique tous les jours, dans les différents milieux de santé.

La relation formelle consiste en une entrevue structurée (entretien en face à face).

c) Capacité du soignant.

❖ L'écoute active.

« L'écoute c'est accepter d'accueillir ce qui s'exprime et cela ne veut pas dire approuver. Elle suppose une décentration (sortir de soi) et intentionnalité (se mettre à disposition. Elle se fait sur trois registres :

- Au niveau des faits (histoire anecdote, événement)
- Au niveau du ressenti (vécu, sentiments, émotions)
- Au niveau du retentissement (émotions, images)

Ecouter exige la différenciation, c'est à dire la séparation de ses propres désirs, de ses sentiments d'avec l'autre. »¹

Ecouter ne se résume pas à entendre les mots, les contenus, mais à en écouter le sens et à prendre en compte les sentiments éprouvés dans la situation. H. Lazure exprime très clairement cette notion lorsqu'elle dit : « entendre avec mes oreilles, mais d'abord et surtout, écouter avec tout notre être ». L'écoute est un processus actif, volontaire, exigeant un engagement total de la personne écoutante et une complète vigilance sensorielle, intellectuelle et émotive. Elle suppose également un renoncement à parler, à se justifier, à expliquer, à convaincre. Les infirmières qui

¹ Deshayes Christine Communiquer c'est respecter, page 11 1998.

savent écouter leurs patients témoignent du fait que cela ne demande pas plus de temps de leur part mais qu'au contraire cette écoute contribue à accélérer leurs démarches de soins.

❖ L'empathie.

Définition du petit Robert :

« C'est la faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent »

C'est une autre caractéristique de la relation d'aide ; comprendre ce que dit le patient au point de la voir sous le même angle que lui et perdre en même temps tout désir de le juger.

C. Rogers la décrit comme la capacité de s'immerger dans le monde subjectif d'autrui et de participer à son expérience dans toute la mesure où la communication verbale et non verbale le permet. C'est une exigence difficile, qui implique que l'infirmière renonce provisoirement à ses propres valeurs, à ses sentiments personnels. L'attitude non directive de l'infirmière implique la nécessité de la maturité émotionnelle et de la connaissance de soi, ce qui lui permet de mieux entendre ce que le patient lui dit et de mieux dégager les significations de son discours.

❖ La congruence.

Rogers utilise ce terme pour qualifier l'adéquation entre les messages transmis et la manière de les transmettre. N'oublions pas que la communication non verbale peut en dire plus que le contenu lui-même. Le soignant doit être sincère, simple vis-à-

vis de l'autre ; Ce qu'il lui communique doit être en accord avec ce qu'il pense ce qu'il ressent. Le patient le perçoit alors comme un interlocuteur fiable.

La congruence est une caractéristique centrale de la personne émotionnellement saine, parce qu'elle favorise chez l'individu une correspondance entre ce qu'il éprouve intérieurement, la conscience qu'il a de ce vécu et l'expression de celui-ci traduite consciemment dans son comportement.

L'infirmière est un être humain vivant pleinement des émotions agréables ou non, un être humain qui réagit, qui a une expérience de vie (aussi courte soit-elle) un être humain qui est pleinement conscient et prêt à le partager avec autrui. La congruence ou le fait d'être spontanée est efficace lorsque cela favorise l'évolution du patient.

❖ L'acceptation de soi.

L'acceptation de l'autre passe par l'acceptation de soi :

- Suis-je capable d'accepter toutes les facettes que me présente cette personne ?
- Puis-je la prendre comme elle est ?
- Ne puis je l'accueillir que conditionnellement, acceptant certains aspects de ses sentiments et en désapprouvant d'autres tacitement ou ouvertement ?

S'accepter tel qu'on est, est une des conditions majeures de la relation d'aide. En d'autres termes, la relation d'aide passe d'abord par une relation d'aide à soi, l'aidant se doit de travailler sur lui-même. Ce travail sur soi n'est pas développé sous forme de théorie ou de technique par Rogers. Il ne peut se faire sans l'aide d'une

tierce personne. En l'absence de ce type de travail, on risque d'être porté par ses propres émotions, ou par celles de l'autre auquel on s'identifie, ce qui a pour effet de menacer la fiabilité de l'aide que l'on peut offrir.

❖ Le non jugement.

La situation d'aide doit être un lieu où se fait l'apprentissage du non jugement. Il faut tendre vers la neutralité. La relation d'aide n'est pas innée mais relève d'une méthode et de techniques à acquérir, contrairement à ce que beaucoup de professionnels croient.

❖ L'acceptation de l'autre.

Le soignant ayant renoncé à ses propres valeurs et sentiments, le patient peut se dire et s'entendre librement et ainsi développer ses propres possibilités, et la connaissance de lui-même.

❖ Etre accessible ou encore, être disponible.

Le soignant doit être prêt à communiquer sa propre façon de voir lorsque l'autre le demande. Cette démarche a une valeur de partage dans la relation qui met en confiance le patient et n'a, en aucun cas, valeur de conseil, de vérité que celui-ci devait connaître ou comprendre.

❖ Croyance en l'autre.

Le patient possède ses propres forces de croissance, son mouvement de vie et les ressources de son histoire, une tendance à développer au maximum ses possibilités. Le soignant doit simplement les reconnaître afin de ne pas contrarier ce qui constitue une base d'action utile pour le patient.

d) Objectifs de la relation d'aide.

Plus précisément, les objectifs de cette relation d'aide seront d'assister le malade à :

- Traverser une épreuve,
- résoudre une situation de vie actuellement ou potentiellement problématique,
- trouver un fonctionnement personnel plus satisfaisant,
- détecter le sens de l'existence.

Cela implique dans la pratique que l'infirmière devra donner de son temps de sa compétence, de son savoir, de son intérêt, de ses capacités d'écoute et de sa compréhension.

Une relation soignant-soigné de qualité ne peut que favoriser l'application des soins techniques et permettre l'évolution de la pratique infirmière.

III Qu'est ce que l'accompagnement ?

Accompagner ; c'est être présent auprès de quelqu'un (Dictionnaire Larousse).

Accompagnement : C'est la prise en charge globale des besoins physiques, psychologiques, spirituels et sociaux d'une personne. (Dictionnaire médical Masson)

« Les soins d'accompagnement comprennent un ensemble de techniques de prévention et de lutte contre la douleur, de prise en charge psychologique du malade et de sa famille, de prise en considération de leurs problèmes individuels sociaux et spirituels. » (Circulaire ministérielle du 26 août 1986.)

IV Reconnaître les différences pour mieux soigner.

Il n'y a pas de recette en matière de communication ; il y a toujours un jeu de miroir entre deux individus, qui rend impossible toute application d'une « loi ». En effet nous sommes au moins deux à communiquer, il faut donc tenir compte de l'autre. De cet autre qui est différent de soi. C'est cela qui est difficile : reconnaître en l'autre une existence, c'est reconnaître sa spécificité, sa différence. Cela ne laisse place à aucune recette, à aucun « À chaque fois ça marche ». Hélas...

La communication ne peut s'établir que lorsque l'on accepte les différences, alors on peut accueillir l'autre, alors on peut le comprendre, car nous sommes prêt à le (re)connaître, dans sa manière de penser, sa culture, ses croyances, son « étrangeté ». Trop souvent nous essayons d'englober l'autre dans notre monde : cela nous rassure que cet autre voit comme nous. Nous pensons que seule notre expérience est valable, seul notre savoir l'est aussi.

La communication avec autrui et la relation soignant-soigné n'est pas toujours aisée, nous l'avons vu. Mais où se situe l'obstacle à la relation d'aide entre l'infirmière et l'adolescente qui vient pour une IVG ? Au vu de mes entretiens de pré enquête et de mes lectures, il m'est apparu que le manque de sensibilité, le manque de connaissance sur la population soignée et les mécanismes de défense peuvent entraver la relation d'aide.

Apprenons donc à connaître les mécanismes de défenses afin de pouvoir mieux les identifier chez soi et chez les autres.

D/ Les mécanismes de défense.

L'attitude des soignants vis-à-vis des malades met en évidence un schéma d'ambivalence. En effet, notre comportement vis-à-vis de l'adolescente est lié à celui que nous avons envers l'IVG. L'attitude envers ces patientes est souvent surdéterminée, tant par le type de réponse à apporter au patient (communication quasi absente), que par le comportement physique adopté (fuite du regard, approche limitée). Les attitudes traduisent souvent la fragilité des patients qui auront alors tendance à se défendre de cette situation.

I qu'est ce qu'un mécanisme de défense ?

Les mécanismes de défense sont différents types d'opérations dans lesquelles peut se spécifier la défense. Les mécanismes prévalents sont différents selon l'affection envisagée, selon l'étape génétique considérée, selon le degré d'élaboration du conflit défensif. On s'accorde à dire que les mécanismes de défense sont utilisés par le moi.

Le terme de mécanisme est utilisé le premier par Freud pour démontrer que les phénomènes psychiques présentent une composition, qui permet une observation et une analyse scientifique. Anna Freud consacre tout un ouvrage sur les mécanismes de défenses. Elle s'attache sur des exemples concrets à décrire la variété, la complexité, l'extension des mécanismes de défenses, montrant notamment comment la visée défensive peut utiliser les activités les plus diverses (fantasme, activité intellectuelle) comment la défense peut porter non seulement sur des revendications pulsionnelles, mais sur tout ce qui peut susciter un développement d'angoisse : émotions, situations, exigences du surmoi etc.

II Quels sont les différents mécanismes de défense mis en place par l'infirmière ?

1 La projection

Dans un sens proprement psychanalytique, c'est une opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des « objets », qu'il méconnaît ou refuse en lui.¹

C'est processus psychique qui se fait en trois temps:

1) la représentation gênante d'une pulsion interne est supprimée.

2) le contenu est déformé.

3) il fait retour dans le conscient sous la forme d'une représentation liée à l'objet externe.

« Je n'ai pas de problèmes avec les adolescentes, ce sont les adolescentes qui nous posent des problèmes »² cette affirmation est une illustration type de la projection.

2 La rationalisation

C'est un procédé par lequel le sujet cherche à donner une explication cohérente du point de vue logique, ou acceptable du point de vue moral, à une attitude, une action, un sentiment, une idée (...) dont les motifs véritables ne sont pas

¹ Dictionnaire de la psychanalyse B Laplanche et Pontalis p 344

² Réponse d'une infirmière lors de ma phase exploratoire.

aperçus ; on parle plus particulièrement de la rationalisation d'un symptôme, d'une compulsion défensive, d'une formation réactionnelle.¹

C'est une justification logique, mais artificielle, qui camoufle, à l'insu de celui qui l'utilise, les vrais motifs (irrationnels et inconscients) de certains de ces jugements, de ces conduites, de ces sentiments, car ces motifs véritables ne pourraient être reconnus sans anxiété.

La rationalisation n'est habituellement pas rangée parmi les mécanismes de défense, malgré sa fonction défensive patente. C'est qu'elle n'est pas directement dirigée contre la satisfaction pulsionnelle, mais qu'elle vient plutôt camoufler secondairement les divers éléments du conflit défensif. C'est ainsi que des défenses, des résistances dans l'analyse, des formations réactionnelles peuvent être elles-mêmes rationalisées.

La rationalisation trouve de solides appuis dans des idéologies constituées, morale commune, religions, convictions politiques, l'action du surmoi venant ici renforcer les défenses du moi.

3 Le déni de la réalité.

Le sujet nie totalement une part plus ou moins importante de la réalité externe. Il s'associe souvent au clivage.

- la dénégation refuse
- l'annulation efface
- le déni nie

¹ Dictionnaire de la psychanalyse. Laplanche et Pontalis. P 387

J'ai pu constaté au vue de l'analyse des entretiens d'enquête que les soignants utilisaient la dénégation, le déni étant tout de même un terme fort.

Les infirmières refusent de voir la souffrance des adolescentes, soit parce que cela leur est insupportable soit parce qu'elle ne se sente pas la force de les aider.

IV Pourquoi les infirmières mettent-elles en place des mécanismes de défense ?

Le soignant les met en place car ils protègent bien et se mettent facilement en place.

Les mécanismes de défense sont mis en place pour se défendre soit parce que la situation de soin dans laquelle se trouve le soignant lui fait mal sur un plan psychologique « il faut accepter soi même l'IVG »¹, soit parce que le soignant est beaucoup trop empathique et il se sent alors agressé par le patient donc il met de la distance. Ils sont également mis en place pour régler une situation. A travers les mécanismes de défense, le soignant se défend de ses affects, de souffrir, parfois de retrouver chez le patient ce qu'on a déjà vécu soit même, de toute la souffrance que peut amener le fait d'être face à quelqu'un qui souffre et partager cette souffrance.

Un mécanisme de défense sain mis en place va faire que la situation va bien se régler et elle va bien se passer. Il faut savoir qu'il y a des mécanismes de défense négatifs et des mécanismes de défense positifs cela dépend du degré auquel ils sont mis en place. Le mécanisme de défense devient pathologique à partir du moment où il devient trop exagéré ce qui aboutit à une situation pathologique chez la patiente qui elle même ne sait plus où se situer par rapport au soignant. Si la patiente plaît plus ou

¹ Une infirmière.

moins à la soignante, alors la soignante va mettre en place des mécanismes de défense afin de pouvoir entrer en relation avec la patiente dont elle a la charge. Le mécanisme de défense peut être bénéfique ou à l'extrême handicapant.

V Peut-on reconnaître et prévenir la formation des mécanismes de défense ?

Il ne faut pas que le soignant se protège plus que de l'effet qui pourrait se produire chez lui s'il ne se protégeait pas. Si telle situation se produit chez le soignant, cela conduit à une attitude totalement rigide de la part du soignant.

Le soignant a donc tout intérêt à les reconnaître afin d'économiser l'énergie dépensée lors de leur mise en place.

Le soignant peut les empêcher quand il ressent le besoin de s'en séparer. Pour entrer dans ce processus, il faut que le soignant sente que les mécanismes de défense l'handicapent.

Bien que le soignant puisse avoir un grand bénéfice à évincer ses mécanismes de défense qui le handicapent, il ne faut pas les supprimer car ils apportent une protection au soignant, ils lui permettent de continuer à exercer, de se protéger, il lui faut dans ce cas remplacer ses mécanismes de défense après les avoir identifiés. Les mécanismes de défense mis en place de façon abusive aboutissent inéluctablement à une interruption de la relation soignant-soigné et empêchent la communication.

Il faut toujours le bon équilibre : avoir de bons mécanismes de défense pour pouvoir continuer à travailler dans de bonnes conditions psychiques et en même temps sans que le soignant soit trop rigide.

Pour A. Freud une défense réussie est toujours un danger pour le sujet car elle diminue le champ de la conscience et rigidifie l'organisation mentale.

Pour S. Freud, si le sujet ne mettait pas en place ces mécanismes de défense qui le handicapent, alors la personne ferait une économie d'énergie.

Il faut bien noter que ces mécanismes sont inconscients et que les infirmières qui les mettent place le font de manière inconsciente. Le problème ne se situe pas dans le désir ou non de la prise en charge de ces adolescentes par l'infirmière.

ENQUETE

◇ Méthodologie.

Afin de confirmer ou infirmer mon hypothèse, je me suis rendue dans un service de chirurgie et un centre d'orthogénie de la région centre.

Sur place, j'ai pu mener des entretiens avec quatre infirmières, un cadre infirmier et une aide-soignante. J'ai choisi de mener des entretiens semi-directifs, enregistrés. Mon questionnaire est composé de 4 questions ouvertes afin de permettre aux professionnels de répondre librement.

Ces questions portaient sur la relation d'aide, les connaissances des infirmières sur la population adolescente, la demande d'aide, l'intérêt des groupes de discussion au sein du service (cf. annexe XII « questionnaire d'enquête »)

◇ Analyse de contenu

Le but de ma première question était d'évaluer les connaissances des infirmières sur la relation d'aide, persuadée que la relation d'aide ne peut avoir lieu si l'infirmière ignore son contenu.

Toutes les professionnelles rencontrées connaissent les étapes de la relation soignant-soigné et de la relation d'aide. Cependant, j'ai pu constater que le problème se situait lors de la mise en œuvre de cette relation d'aide auprès des adolescentes. En effet quatre infirmières m'ont exprimé qu'elles étaient influencées par l'adolescente face à elles et son comportement. Les professionnelles, sont plus facilement décontenancée par une adolescente muette, imperméable à toute parole, tout conseil. De même qu'une adolescente agressive à qui les professionnelles poseront des limites. Il est à noter que l'attitude des adolescents met deux infirmières en échec.

Deux infirmières et une aide-soignante pensent que lors de cette prise en charge, il faut faire preuve de discrétion car les adolescentes dans le service ont besoin de calme suite à leur interruption de grossesse. Les adolescentes, dans leur témoignage faisaient apparaître leur gêne pour aborder une infirmière, mais qu'elles avaient besoin d'un soutien. Trois adolescentes ont témoigné qu'une main chaleureuse, un sourire, un regard empathique leur était d'un grand secours.

Deux infirmières ont répondu que leur vécu influençait parfois leur attitude. Enfin une infirmière a évoqué la présence d'un parent comme étant un secours pour l'infirmière, puisque l'interruption de grossesse n'était pas cachée, et cela lui facilite la communication avec l'adolescente.

Deux infirmières et une aide-soignante ont évoqué le manque de temps comme influence de la relation. Pour cela elles donnaient comme explication qu'elles souhaitaient passer davantage de temps dans la chambre. Elles souhaitent pouvoir s'asseoir auprès de la patiente et communiquer avec elle jusqu'à ce qu'elles sentent que la patiente soit soulagée. Or les conditions de travail maintenant sont telles qu'elles ne peuvent plus se permettre de prendre ce temps si précieux à leurs yeux. Ce n'est pourtant pas un élément significatif dans la relation d'aide. L'infirmière doit être disponible, mais le contact avec le patient peut-être limité. Une étude a mis en évidence le facteur temps dans la relation d'aide. A temps égal dans la chambre, les patients estiment que l'infirmière qui a été la plus présente est celle qui s'est assise à leur côté. De même une infirmière peut apporter de l'aide à une patiente en cinq minutes, et ne pas être aidante en restant trente minutes dans la chambre.

Deux infirmières m'ont parlé de l'écoute, une m'a parlé de prévention et d'éducation auprès de ces jeunes (dans le cadre de l'IVG). Une infirmière a débuté sa

réponse par l'acceptation de soi même, qualité reconnue par Rogers en matière de relation d'aide.

Les relations humaines sont complexes, les professionnels de santé n'échappent pas à cette complexité. Une infirmière ou une aide-soignante bien qu'étant professionnelle est également une personne avec une vie sociale, des valeurs morales, religieuses. L'IVG dans notre société est encore considérée selon certaines personnes comme un acte tabou, certaines religions l'interdisent, notamment la religion chrétienne, religion majoritaire en France. L'IVG chez les adolescentes peut heurter nos valeurs morales ou religieuses. Autant de situations où il faut pourtant agir en tant que professionnel et continuer à exercer en se protégeant. C'est pourquoi, elles mettent en place des mécanismes de défense. Dans ce cadre, les infirmières utilisent comme moyen de défense la projection. En effet elles refusent d'admettre ce sentiment chez elles alors elles l'attribuent à l'adolescente. Par exemple quand l'infirmière dit « les adolescentes ont besoin de tranquillité » « elles ne veulent pas communiquer » « elles sont hermétiques à tout dialogue ». En réalité il faut comprendre que les infirmières ne se sentent pas en mesure de communiquer avec les adolescentes, elles ne savent pas comment aborder les adolescentes en crise. La projection est un mécanisme purement défensif pour l'infirmière qui ne peut accepter inconsciemment cette situation. Deux infirmières ont évoqué le besoin de formation auprès de ces adolescentes. Ceci est un moyen également de se rassurer. Tout d'abord cet argument n'est pas justifié, car différents textes fixent l'obligation pour l'infirmière d'actualiser ses connaissances, de plus la formation à la relation d'aide est réalisée dans les instituts de formation en soins infirmiers. Ce processus de justification en psychanalyse est la rationalisation. L'infirmière essaye par un moyen défensif de justifier ses actes. Cette rationalisation est également retrouvée quand les infirmières parlent du manque de temps. Cette rationalisation peut aboutir

à une mise à distance de l'adolescente par l'infirmière qui va alors toujours trouver une excuse pour ne pas l'approcher.

Ma deuxième question portait sur l'adolescence et les traits de caractère des adolescents. L'adolescence est une période assez vague et encore très mystérieuse pour certaines infirmières. Si les infirmières connaissaient mieux la population adolescente, peut-être qu'elles ne mettraient plus en place de défenses vis-à-vis de cette population. De plus, afin de connaître les projections des infirmières, il faut connaître les perceptions qu'elles ont des jeunes filles. Toutes les professionnelles rencontrées, ont une notion très approximative de l'adolescence. Elles situent bien cette période, elles connaissent les conséquences physiques de l'adolescence. En effet les personnes interrogées ont parlé du développement physique pendant l'adolescence. Deux infirmières ont parlées de la prise de risque des adolescents et de l'ambivalence comme étant normal à l'adolescence. Une infirmière a cependant discriminé cette prise de risque et cette ambivalence. Trois infirmières ne comprennent pas la crise de l'adolescence. Une infirmière perçoit les adolescents comme des personnes décalées, en souffrance et qui malgré un besoin certain d'aide ne souhaitent pas communiquer. Nous pouvons constater que les infirmières et aides-soignantes méconnaissent la psychologie de l'adolescent. Cette méconnaissance aboutit à la formation de mécanismes de défense chez l'infirmière et les aides soignantes qui craignent cette adolescente en crise. Elles projettent donc chez les adolescents les idées qu'elles se font de l'adolescence. Il est à noter que les deux infirmières avaient une vision moins fantasmatique de l'adolescence car ces deux infirmières étaient mères d'adolescents. Nous voyons donc que parmi le personnel qui prend en charge les adolescentes certains mettent en place des mécanismes de défense.

Ma troisième question portait sur la demande d'aide. En effet, les mécanismes de défense nous l'avons vu, sont soit positifs, soit négatifs. S'ils ont des conséquences sur la relation d'aide, est ce parce que l'infirmière ne reconnaît pas la demande suite à leur mise en place ?

Pour toutes les professionnelles interrogées, la demande d'aide s'exprime tout d'abord par la verbalisation de l'adolescente. Ensuite, la demande d'aide peut s'exprimer pour elles par l'agressivité de l'adolescente. Pour deux infirmières la souffrance de l'adolescence peut également s'exprimer par l'envie de fumer ou d'aller outre un interdit (sortir du service, boire). Dans un article intitulé IVG et culpabilité¹ les auteurs exposaient les modes d'expression de culpabilité. On retrouve parmi d'autres expressions, une attitude mutique, le silence total. Les infirmières qui attribuent aux traits de caractères des adolescentes le fait d'être prostrées, hermétiques à toute communication, repliées sur elles-mêmes serait selon les auteurs l'expression d'une souffrance. Aucune des personnes interrogées, n'a mis en évidence cette expression de souffrance car elle méconnaissaient l'adolescence et attribuaient ces attitudes au comportement adolescent. L'infirmière qui perçoit ce comportement comme étant propre à l'adolescente n'a pas vu qu'il traduisait une souffrance.

Ces infirmières qui se défendent de l'adolescence, ont-elles la possibilité de confier leurs difficultés au sein du service, afin de trouver des solutions à leurs problèmes ?

C'est ce que je cherchais à savoir au travers de ma quatrième question. Dans les services où je me suis rendue, il n'y a pas de groupes de paroles, cependant, pour un service il y a des réunions d'équipes, pour l'autre, les infirmières et aides-

¹ IVG et culpabilité in revue soins n° 626 juin 1998 Arnaud SALMON ROUSSEAU et Dominique HILLY. p 26-27.

soignantes partagent leurs difficultés au cours des transmissions. Lorsque l'infirmière rencontre un problème majeur avec une patiente, les infirmières peuvent se rendre au planning familial avec qui elles travaillent en collaboration afin de les aider à résoudre le problème. Une infirmière a cependant émis le regret de ne pas pouvoir avoir de groupes de paroles. Ces groupes de paroles existent dans différents services et permettent au personnel de libérer sa souffrance.

◇ Retour à l'hypothèse.

Rappelons d'abord l'hypothèse :

« La relation d'aide qui doit exister entre l'infirmière et l'adolescente mineure non émancipée hospitalisée lors d'une interruption volontaire de grossesse est altérée par la mise en place de façon inconsciente par l'infirmière de mécanismes de défense. »

Mon hypothèse est donc confirmée, les infirmières qui méconnaissent l'adolescence mettent de façon inconsciente des mécanismes de défense qui l'empêchent de reconnaître la demande d'aide de la part d'une adolescente et parasitent la relation d'aide. La demande d'aide est variable selon la personne, mais également le besoin d'aide est variable. L'infirmière doit être vigilante pour repérer une jeune fille qui souffre. En effet la relation d'aide ne doit se mettre en place que lorsque le patient a besoin d'aide. Deux infirmières ont insisté sur la validation du ressenti auprès de la jeune femme, en cas de souffrance par exemple, afin de ne pas surprotéger ces jeunes femmes. Je pense en outre que travailler dans un service d'orthogénie facilite le travail de l'infirmière qui connaît l'IVG et ses répercussions, ainsi que la psychologie des adolescents. Ceci est favorisé par le plus grand nombre d'acte dans un service d'orthogénie que dans le service de chirurgie. Car il est à noter

que le nombre d'IVG chez les mineures ne représente que 5% en moyenne des IVG totales. L'infirmière qui fréquente peu ces adolescents, peut ne pas les connaître comme une infirmière qui les fréquente dans sa pratique quotidienne. L'IVG n'est certainement pas un acte anodin, cependant, il ne faut pas non plus en faire un acte chargé de lourdes conséquences. Il faut également que les infirmières soient formées pour travailler auprès de ces jeunes qui interrompent leur grossesse. C'est pourquoi, il serait intéressant que les infirmières de chirurgie travaillent en partenariat avec le planning familial comme le proposait une infirmière. En outre il faut respecter le choix de ces jeunes femmes. Même si les infirmières ont des difficultés pour reconnaître une demande d'aide et ainsi instaurer une relation d'aide de qualité, les infirmières effectuent une prise en charge minimum auprès des ces adolescentes. Nous avons noté qu'il y a différents degrés dans la relation soignant-soigné. Les infirmières n'appliquent pas une relation d'aide formelle, mais ce n'est pas là non plus le souhait des adolescentes. Les infirmières prennent en charge les patientes à leur retour de bloc, elles assurent leur surveillance post-opératoire, leur prodiguent des soins de confort en collaboration avec les aides-soignantes. Même si la communication avec l'adolescente n'est pas présente pendant l'hospitalisation les infirmières communiquent avec elle à sa sortie du service pour lui donner des conseils sur la contraception les suites de l'IVG et répondre à ses questions. De plus toutes les adolescentes n'ont pas besoin de l'aide de l'infirmière. Durant les étapes qu'elles ont suivies, les adolescentes ont été écoutées, conseillées par les médecins, les conseillères conjugales (qui ont une formation de psychologue). A l'arrivée dans le service, beaucoup d'adolescentes sont conscientes de la situation et ne sont pas inquiètes. D'autres ont également un bon réseau de soutien amical, familial qui peut être présent ce jour-là, pour les aider à surmonter cette épreuve. Lorsque la situation est connue des parents, la situation n'est pas plus facile à vivre pour l'adolescente, mais à la douleur, ne se rajoute pas le lourd secret de cet acte.

L'hospitalisation des jeunes filles semble bien se passer dans la majorité des cas car deux infirmières ont spontanément évoqué que les adolescentes en quittant le service remerciaient les infirmières. Une m'a expliqué ce merci par le soulagement de ces adolescentes, enfin leur problème était résolu. Si ces jeunes remercient les soignantes, c'est que leurs attentes ont été satisfaites. Et c'est le plus important dans la relation avec le patient, satisfaire ses attentes en fonction des besoins que le soignant identifie.

CONCLUSION

Je pense que tout soignant ne peut pas supporter de la même façon la souffrance des autres. La relation soignant-soigné est très complexe. Le transfert, c'est ce que vit le patient qui fait écho avec une situation passée. Le contre-transfert, c'est l'émotion que la situation du patient éveille en nous, soignants. Dans cette évolution de la relation, il me semble que toute infirmière peu formée ne peut qu'avoir du mal à différencier sa réalité de celle du patient. Nous avons perçu les difficultés de prise en charge des adolescentes qui venaient de subir une interruption volontaire de grossesse. Cependant, je ne pense pas que ce cadre soit le seul où la relation soignant-soigné est difficile à établir. Il y a de nombreuses situations où l'infirmière peut rencontrer des difficultés à entrer en relation et communiquer. Suite à ce constat, j'ai compris la nécessité pour l'infirmière de se protéger. En effet il est indispensable de se protéger pour continuer à exercer et ne pas souffrir, cependant il faut veiller à ce que la situation ne soit pas préjudiciable pour le patient.

J'ai acquis, grâce à ce travail, une capacité de synthèse qui me faisait défaut auparavant. Cela m'a aussi permis d'approfondir un sujet qui me tenait à cœur et d'en avoir une vision théorique et pratique.

L'expérience de ce mémoire, a été riche pour moi. Tout d'abord, j'ai aimé le contact avec les différents professionnels rencontrés qui m'ont apporté beaucoup pour la réalisation de mon mémoire et qui ont partagé avec moi leur expérience. De plus je suis certaine de l'aide qu'il pourra m'apporter dans mes relations avec les patients, pour ne plus avoir à souffrir de la relation avec les patients.

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

BARRIOS Colette, PREVOST Martine. *Dossier de l'aide soignante* 4^e ed. St Just la pendue Maloine 1999 406 p.

BLAQUIERES Marie-Gilda *Guide des adolescents*. Lonrai : Seuil 1999 256 p.

CHABY Lucien *L'adolescente et son corps*. Evreux : Dominos 1997 128p

CHAMPAULT C. SORDELET S. *Soins infirmiers, relation avec le malade, technique de soins prélèvements, nursing, pansement*. Masson Paris Juin 1996 132 p.

DAVID Anne Marie *Ethique et soins infirmiers*. Moulins lès Metz : Lamarre 1997 180p

DOLTO Catherine *DICO ADO les mots de la vie*. Italie Gallimard jeunesse 2001 514 p. Collection GIBOULEES.

DOLTO Françoise *La cause des adolescents*. Saint Amand Montrond : Robert Laffont 1988 278p.

DOLTO Françoise, DOLTO TOLITCH Catherine. *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*. Luçon : Le sens de la vie 1989 158 p.

DUBOIS FRESNEY Catherine PERIN Georgette *Le métier d'infirmière en France*. 3^e ed. Vendôme : P.U.F 2002 127p. Collection Que sais je n° 3052.

GASPARUTTO Gilbert *L'infirmière et la communication* Moulins lès Metz : Lamarre1990 168 p.

GAUTHIER Xavière *Naissance d'une liberté. Contraception avortement le grand combat des femmes au XX siècle*. Paris : Robert Laffont 2002 436 p.

MAGNON René *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle.* Paris Masson 2001 198 p.

Philippe Gutton et al. *La puberté.* Vendôme : PUF 1993 128 p Collection Que sais je ? n°1447.

POLETTI R., *les soins infirmiers, théories et concepts,* Paris, Le Centurion 1978 176 p.

THIERCE Agnès *Histoire de l'adolescence* Paris : Belin 1999 335p Collection histoire de l'éducation.

Revue :

Durant Elisabeth Manus Jean-Marie « IVG, contraception, éducation sexuelle : état des avancées et bilans » in Revue de l'infirmière, n° 64, octobre 2000

Boghina Christian, Philippe Henri-Jean, « interruption volontaire de grossesse » in La revue du praticien, n° 52, 2002, pp.451-458.

Francillon Florence « L'interruption volontaire de grossesse » Cahier de formation, in l'infirmière magazine, n° 158, mars 2001, pp 8-12.

Tronchot Alain « La loi Veil a 25 ans » in l'infirmière magazine n°146, février 2000, pp. 6-7.

Eudes Isabelle « la loi sur l'IVG en cours de réforme » in l'infirmière magazine, n° 156, janvier 2001, pp 8-9.

ANAES « prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines » in la revue du praticien de médecine générale, Tome 15 n° 534, 9 avril 2001, pp 811-815.

Dossier sur la communication in l'aide-soignante, n° 10, novembre 1995, pp 42-43.

Deshayes Christine, « communiquer c'est respecter », in l'aide-soignante, n° 9, octobre 1998, pp. 11-15.

Salmon-Rousseau Arnaud, Dominique Hilly « IVG et culpabilité », in revue soins, n° 626, juin 1998, pp 26-27.

Brochures :

ANAES « Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines » Mars 2001.

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. « Interruption volontaire de grossesse Guide destiné aux femmes mineures non émancipées. »

Vidéo :

Les grandes batailles de la république : l'avortement. Réalisateur Bernard GEORGE. Auteurs Olivier DUHAMEL et Jean Noël JEANNENEY. La cinquième France 1996.

Une affaire de femmes. Réalisateur Claude CHABROL 1988. Rôles principaux : Isabelle Huppert ; François Cluset.

Internet :

Page Web : www.infirmiers.com « les mécanismes de défense », « historique de la profession d'infirmière ».

Page Web : www.planning-familial.org « les démarches pour une IVG » « droit des mineures ».

Page Web : www.legifrance.gouv.fr « textes législatifs IVG et décrets relatifs à l'exercice de la profession d'infirmier ».

Page Web : mémoire sur la relation d'aide.

<http://www.infirmiers.com/etudiants/TFE/memoire/marion/memoiremarion.php4>

ANNEXES

Liste des annexes.

Annexe IDécret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Annexe IIDécret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Annexe IIILOI no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

Annexe IVDécret n° 2002-799 du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures sans consentement parental

Annexe VRecommandations de l'ANAES pour la prise en charge des IVG jusqu'à la 14^{ème} semaine de grossesse.

Annexe VICharte du patient hospitalisé.

Annexe VIIHistorique de l'IVG.

Annexe VIIIDossier Guide.

Annexe IXLes quatorze besoins selon Virginia Henderson.

Annexe XQuestionnaire de la phase exploratoire.

Annexe XIQuestionnaire de la phase d'enquête

Annexe XII Texte : le syndrome post IVG.

