

Travail de Bachelor

Présenté à :

Madame Messmer Al Abed

**Les interventions
infirmières qui
permettent d'améliorer
la qualité de vie des
femmes dans un
processus d'interruption
volontaire de grossesse.**

Nogueira Rodrigo
N° 20883864

Staudacher Joane
N° 16412652

Wenger Morgane
N° 20883955

**Lieu d'activité :
Neuchâtel**

Juillet 2023

Table des matières

Résumé du travail de Bachelor	5
Remerciements.....	10
Chapitre 1 Introduction	1
1.1. Nature du travail de Bachelor	2
1.2. Plan du travail de Bachelor	2
Chapitre 2 : Problématique.....	5
2.1. Introduction à la problématique	6
2.2. Survenue de la question de départ.....	6
2.3. Revue Exploratoire.....	9
2.4. Pertinence de la question pour la profession infirmière.....	26
2.5. Concepts retenus comme pertinents	32
2.6. Perspectives propositions pour la pratique	36
Chapitre 3 : Champ disciplinaire infirmier	38
3.1. Ancrage disciplinaire de la théorie infirmière.....	39
3.2. Concepts clés de la théorie.....	41
3.3. Intérêt de la théorie pour la discipline infirmière	42
Chapitre 4 : Méthode	46
4.1. Introduction	47
4.2. Développement de la question de recherche.....	47
4.3. Type de question	48

4.4.	Stratégie de recherche	49
Chapitre 5 : Synthèse des résultats/discussion.....		59
5.1.	Introduction	60
5.2.	Synthèse des résultats :	60
5.3.	Identification des grands thèmes	79
5.4.	Perspectives et recommandations pour la pratique.....	89
Chapitre 6 : Conclusions.....		94
6.1.	Présentation de la conclusion.....	95
6.2.	Apport de ce travail.....	95
6.3.	Limites	98
6.4.	Perspectives pour la recherche	99
Chapitre 7 : Références		102
Chapitre 8 : Annexes		107

Lexique

IST : Infection sexuellement transmissible

ITG : Interruption thérapeutique de grossesse

IVG : Interruption volontaire de grossesse

GPA : Grossesse précoce à l'adolescence

GSN : Génération Sexualité Neuchâtel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PICOT : Population, Intervention, Comparaison, Outcomes, Temporalité

Résumé du travail de Bachelor

Résumé

Ce résumé permet de fournir une vue d'ensemble synthétique de l'intégralité du travail de Bachelor. Il permet au lecteur d'avoir une idée de la structure de ce travail ainsi que des thèmes abordés et une synthèse des résultats, émergée des études explorées afin de répondre à la question de recherche : *Quelles sont les interventions infirmières, qui permettent d'améliorer la qualité de vie des adolescentes, dans une démarche d'interruption volontaire de grossesse ?*

Problématique

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est une intervention, médicamenteuse ou chirurgicale, ayant un impact sur divers plans de la qualité de vie d'une femme, notamment chez la population adolescente. L'éducation sexuelle, insuffisamment abordée dans les institutions de soins, mène à des problématiques telles qu'un manque de connaissances et des prises en soins peu adaptées. Diverses études apportent des pistes pour les interventions infirmières afin d'améliorer les prises en soins et le suivi psychologique dans le but d'alléger un tant soit peu les expériences vécues par les adolescentes confrontées à une grossesse involontaire et ainsi d'améliorer leur qualité de vie.

Concepts abordés

Les auteur·e·s ont sélectionné trois concepts d'exploration : la grossesse à l'adolescence, les interruptions volontaires de grossesse et le rôle infirmier. C'est grâce à ces derniers qu'un approfondissement de la thématique a pu être réalisé et que les recherches en littératures ont été facilitées. Le choix de la théorie de soins comme modèle conceptuel s'est porté sur la théorie de la transition de Meleis. Le but visé était de ressortir les interventions permettant d'améliorer la qualité de vie des adolescentes traversant une IVG. L'infirmier·ère va en effet accompagner la patiente dans un ou plusieurs processus de transition, en cherchant à s'adapter à la situation individuelle de cette dernière.

Méthode

La formulation de la question de recherche a été faite selon la méthode PICOT. Conformément à laquelle les mots clés ont été insérés sur les bases de recherche PubMed et Cinhal sous forme de descripteurs correspondant à ces dernières. Grâce à diverses équations de recherches sur ces bases de données, plusieurs articles traitant la problématique sont ressortis. Une opération de tri a permis de sélectionner les plus pertinents, porteurs du meilleur niveau de preuve. Les auteur·e·s ont retenu douze études qui ont été analysées selon la grille de Tétrault (2022).

Résultats

L'analyse des articles a servi à identifier trois problématiques principales à savoir : le manque de préparation à l'intervention, le manque de soutien et la douleur. Ces résultats ont été classés par les auteur·e·s d'après quatre axes interventionnels, soit : l'éducation sexuelle, l'accompagnement psychologique, la gestion de la douleur et l'attitude soignante. De manière générale, il ressort des études, que certaines interventions, comme la formation, le niveau de connaissances, le vocabulaire utilisé, la gestion de l'antalgie, ou encore les suivis d'accompagnement permettent d'améliorer la qualité de vie chez les adolescentes ayant subi une interruption volontaire de grossesse.

Conclusion

La prise en soins des interruptions volontaires de grossesse à l'adolescence reste une problématique de santé publique. Malgré une baisse des taux d'avortement dans certains pays européens, les dizaines de millions d'IVG réalisées chaque année au niveau mondial, reflètent les inégalités d'accès à la santé liés entre autres aux déterminants sociaux de la santé. D'après nos résultats de recherche, il est possible d'agir au niveau infirmier en améliorant la préparation à l'intervention, en adaptant l'accompagnement psychologique et émotionnel ainsi qu'en optimisant le suivi antalgique.

Néanmoins, il faudrait également continuer et approfondir les recherches auprès de la population adolescente ayant recours à des IVG, afin de mieux traiter la problématique. En effet, la difficulté à trouver des articles pertinents concernant le sujet et la population spécifiée constitue la limite principale de ce travail.

Mots clés

Interruptions volontaires de grossesse, adolescence, qualité de vie, interventions infirmières, éducation sexuelle, accompagnement psychologique, gestion de la douleur, attitude soignante.

Remerciements

Remerciements

En amont de cette étude, nous les auteur-e-s, tenons de tout coeur à remercier toutes les personnes qui nous ont soutenus et accompagnés au cours de ce travail.

Premièrement, nous adressons nos vifs remerciements à Madame Naamat Messmer Al Abed, notre maître d'enseignement et directrice de recherche pour ce travail. Grâce à ses conseils, elle a su nous guider et nous orienter tout au long de nos recherches et de notre rédaction.

Nous souhaitons également remercier les maîtres d'enseignements qui nous ont enseigné, au travers du module de recherche, des connaissances afin d'élaborer ce travail. Nous citons, Monsieur Pascal Comte, Monsieur Christian Voirol et Madame Pauline Ross.

De plus, nous sommes reconnaissant-e-s envers l'experte en gynécologie qui nous a témoigné de ses expériences professionnelles afin d'éclaircir notre sujet. Nous remercions également nos deux témoins qui ont accepté de nous confier et de nous faire partager un bout de leur histoire en explicitant leur expérience intime de l'IVG.

En outre, nous remercions nos proches qui nous ont aussi soutenus et parfois même aidés pour notre travail. Notamment quant à la relecture, Madame Karin Staudacher et Madame Sarah Wenger qui nous ont été d'une aide précieuse.

Enfin, nous adressons également des remerciements sincères à chaque membre du groupe, qui s'est investi considérablement dans la réalisation de cette revue de littérature.

Chapitre 1 Introduction

1.1. Nature du travail de Bachelor

Dans le but de finaliser leur cursus de formation Bachelor en Soins Infirmiers, il est demandé aux auteur·e·s d'effectuer un travail de Bachelor sous forme d'une revue de littérature. Au cours de ce travail de recherche, ils-elles vont analyser plusieurs articles scientifiques afin de répondre à leur question de recherche visant une problématique de santé actuelle. Une discussion autour des résultats de recherches leur permettra de développer un regard critique sur les études menées. À la suite de cela, ils-elles mettront en exergue les résultats significatifs de leurs recherches afin d'élaborer des pistes pour la recherche et la pratique des soins infirmiers.

1.2. Plan du travail de Bachelor

Le premier chapitre concerne l'introduction où les auteur·e·s exposent la nature de leur travail dans le cadre d'une formation de Bachelor.

Le second chapitre se compose de la survenue de la question de départ ainsi que du développement de la problématique. Ils-elles exposent comment la question fondamentale a émergé, au regard de leurs expériences personnelles et professionnelles. Au départ, la question naïve qu'ils-elles se posent, est : *"Quelles sont les interventions infirmières, qui permettent d'améliorer la prise en soins post-IVG, auprès des adolescentes ?"*

Puis, grâce à un travail d'exploration (scoping review), les auteur·e·s recueillent des informations dans la littérature et auprès des professionnel-le-

s. De cette manière, ils-elles peuvent cerner certains éléments plus précis quant à cette problématique et formuler leur question de recherche finale. À la suite de quoi, ils-elles mettent en lumière la pertinence de la question pour le domaine des soins infirmiers, en démontrant les liens avec les quatre concepts du métaparadigme infirmier (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012) ainsi qu'avec les modes de savoirs infirmiers (L. Chinn & K. Kramer, 2014). Enfin, les concepts retenus comme pertinents ainsi que la pertinence de la problématique sont développés dans le chapitre y relatif.

Dans le chapitre trois, un cadre théorique a été choisi afin d'explorer le champ disciplinaire infirmier. La théorie de la transition de Madame Afaf Ibrahim Meleis a été retenue; y sont explicités les principaux concepts et la structure de celle-ci. L'utilité de ce cadre conceptuel dans la discipline infirmière ainsi que dans cette problématique est également développé dans ce chapitre.

Le chapitre suivant, traite de la méthode utilisée pour le travail de recherche. La question de recherche est développée selon la méthode PICOT et le type de question est déterminé. Puis, la stratégie de recherche visant à trouver des articles pertinents concernant leur problématique, est décrite et démontrée par des tableaux. Les articles retenus et analysés avec les grilles de Tetrault adaptées se trouvent dans les annexes.

Au travers du cinquième chapitre, la synthèse finale regroupant les douze articles analysés est présentée par les auteur·e·s. Dans cette synthèse apparaissent les thèmes principaux ressortant de leurs recherches ainsi que la présentation des perspectives et des propositions pour la pratique.

Enfin, la conclusion explicite les apports du présent travail sans omettre d'en présenter ses limites et évoque les perspectives pour la recherche. En dernières pages se trouvent les références et les annexes.

Chapitre 2 : Problématique

2.1. Introduction à la problématique

Dans ce chapitre, les auteur·e·s abordent dans un premier temps le cheminement conduisant à la survenue de la question de recherche sous forme brute initiale. Une revue exploratoire a été mise en place afin de récolter des informations sur le sujet des adolescents ainsi que sur celui de la grossesse, aboutissant sur celui des interruptions volontaires de grossesse. Des recherches sur l'éducation sexuelle ont été effectuées et l'avis d'un expert sur la matière a été demandé. Ensuite, les auteur·e·s présentent deux témoignages de jeunes femmes ayant subi un avortement durant l'adolescence, suivis d'une présentation de la pertinence de la question pour les soins infirmiers. Le sujet choisi est mis en lien avec les métaparadigmes infirmiers et les modes de savoirs de Carper. Enfin, les auteur·e·s exposent les concepts pertinents de cette problématique.

2.2. Survenue de la question de départ

La question de départ est survenue d'un intérêt commun pour la santé sexuelle des femmes, ainsi que d'une expérience commune en service pédiatrique. À la suite de leurs discussions, les auteur·e·s ont choisi de cibler la sexualité chez les adolescent·e·s afin de rester proche du contexte pédiatrique et gynécologique.

Au cours de leur formation et durant leurs expériences professionnelles, les auteur·e·s ont constaté qu'en tant qu'infirmier·ère, l'on peut être exposé à travailler avec la population adolescente dans différents contextes. Dans les

services pédiatriques, pédopsychiatriques, gynécologiques, ou encore dans le cadre de la santé communautaire.

De par leurs propres expériences, ils·elles constatent que la thématique de la santé sexuelle n'est que très peu abordée dans les institutions de soins. Un manque de connaissances voire un tabou lié à la sexualité, laissent des zones d'ombre dans les anamnèses de la patientèle.

De leurs échanges sur le sujet, il ressort également que les cours de santé sexuelle reçus lors de leurs cursus de scolarité obligatoire étaient peu informatifs et peu inclusifs. De leurs propres expériences, divers sujets restaient tabous, voire n'étaient même pas évoqués. Ils·elles remarquent ainsi qu'un manque d'informations à ce sujet peut mener à de la méconnaissance, qui peut conduire à la prise de risques ainsi qu'à de l'anxiété.

De plus, au travers de leur cursus de formation Bachelor, les prises en soins gynécologiques et notamment les méthodes contraceptives et les interventions volontaires de grossesses ne sont que très peu évoquées.

Néanmoins, la santé sexuelle fait partie intégrante "d'un état complet de bien-être physique, mental et social" qui correspond à la définition de la santé, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Quant à elle, la santé sexuelle, elle se définit comme "un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité".

Fort de ces informations et de ces constats, les auteur·e·s préconisent que l'attention portée à ce sujet devrait être majorée, en particulier lors de la prise en soins d'une population vulnérable comme celle des adolescent·e·s.

En regard à leurs recherches, aux statistiques ainsi qu'aux témoignages entendus par les auteur·e·s, ils·elles définissent les interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez les adolescentes comme une problématique de santé publique actuelle. Plus spécifiquement, ils·elles se demandent : *“Quelles sont les interventions infirmières, qui permettent d'améliorer la prise en soins des IVG, auprès des adolescentes ?*

2.3. Revue Exploratoire

2.3.1. Introduction

Cette revue exploratoire est basée sur la question initiale naïve des auteur·e·s et est organisée comme suit : Une première partie est liée au développement de l'adolescent·e et à la prise de risque durant cette période. Puis une seconde partie concerne les grossesses précoces à l'adolescence et les interruptions volontaires de grossesses. S'en suivra une partie sur l'éducation sexuelle et les bénéfices de celle-ci. Enfin, ils-elles exposent l'avis d'une experte en gynécologie ainsi que des témoignages d'adolescentes ayant vécu une IVG.

2.3.2. Développement de l'adolescent·e

D'après différentes définitions, l'adolescence est définie comme une transition, une période de vie située entre l'enfance et l'âge adulte, marquée par des transformations physiques et cognitives, durant laquelle se produit la puberté et l'abstraction de la pensée (Sillamy, 1991).

« L'adolescent c'est un homard pendant la mue : sans carapace, obligé d'en fabriquer une autre, et en attendant confronté à tous les dangers. Découverte de soi, sexualité, révolte, tentations de la violence, de la drogue ou de la dépression » (Dolto & Dolto, 2018). La métaphore permet de comprendre que l'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte durant laquelle nous sommes vulnérables. Les changements

physiques, entraînant des transformations psychiques, sont appelés la puberté. On peut la comparer à une métamorphose, ne s'agissant pas d'une croissance mais d'une étape bien spécifique dont les changements physiques entraînent des répercussions sur l'appropriation et l'image sociale. (Discour, 2011)

Les questionnements, la recherche de soi, les inquiétudes, les angoisses ainsi que les découvertes, sont directement liées au corps en transformation, qui est donc un élément principal. Les organes génitaux se modifient dans leur forme et aspect, la jeune fille vit ses premières règles et le garçon les premières éjaculations. Des modifications hormonales entraînent des changements ; la voix se modifie, la pilosité se démarque, les seins et les testicules se développent, les proportions changent et les silhouettes se mûrissent (Discour, 2011).

La théorie du développement psychosocial selon Erikson met l'accent sur la définition de l'identité et du rôle à l'adolescence. D'après sa théorie notre développement est un processus continu tout au long de notre vie. Il définit huit stades de développement de la petite enfance à l'âge adulte et dans chaque étape il y a un conflit à résoudre. La tâche du cinquième stade, entre 12 - 18 ans, est de développer notre identité et d'expérimenter les rôles. Dans le sixième stade, entre 19 - 29 ans, notre conflit est de développer des relations intimes avec les autres. (Erik H. ERIKSON, 1994)

Dans l'article "Du rituel et de l'adolescence aujourd'hui", il ressort également que la prise de risques à l'adolescence pourrait être une tentative d'interroger leur existence. Ces comportements à risque pourraient donc être perçus comme des rites individuels pour passer à l'âge adulte (Douville, 2010).

2.3.3. Prise de risque à l'adolescence

Dans le premier chapitre, nous abordons le fait que les adolescent·e·s sont plus enclin·e·s à être exposé·e·s à des comportements à risque. Selon une enquête de la Health Behavior in School-aged Children (HBSC), certains de ces comportements sont une réalité pour la population entre 11-15 ans en Suisse. C'est à dire qu'il·elle·s s'exposent à un danger, potentiellement létal ou qui peut mettre en péril leur avenir personnel ou leur santé. Parmi les comportements, on peut relever la consommation de substances psychotropes, l'auto-agressivité et l'hétéro-agressivité, les troubles du comportement alimentaire et les comportements sexuels à risques. Les comportements sexuels à risques conduisent parfois à des grossesses non désirées et les jeunes adolescent·e·s se retrouvent confronté·e·s au choix de l'IVG.

Certaines caractéristiques individuelles ou environnementales diminuent ou augmentent la probabilité d'adopter ces comportements. On peut citer comme facteurs de risque : les facteurs contextuels, comme les lois et les normes sociales, les facteurs interpersonnels comme la qualité des relations au sein du cercle primaire (famille, ami·e·s), et les facteurs personnels comme

l'anxiété, la dépression, le manque d'estime de soi. Ces facteurs vont déterminer la vulnérabilité de l'individu et donc son potentiel de prise de risques (Archimi & Delgrande Jordan, 2014).

2.3.4. Grossesse précoce à l'adolescence

Nous avons pu voir que la période de l'adolescence est une période durant laquelle les adolescent·e·s prennent des risques, notamment avec des conduites sexuelles à risques, qui peuvent mener à des grossesses précoces à l'adolescence.

Dans un article (Philibert & Lapierre, 2022) déterminant les dimensions d'influence qui favorisent la survenue de la grossesse à l'adolescence, il est dit que plusieurs niveaux d'influence coexistent. Soit le niveau individuel, interpersonnel et communautaire. Certains facteurs sociaux sont hors de contrôle des adolescent·e·s comme la religion, la culture, l'économie et le contexte environnemental. Pourtant, ils induisent une vulnérabilité quant à la survenue d'une grossesse précoce chez ces adolescentes.

De plus, cette étude indique que d'autres paramètres, qui sont habituellement inexplorés, sont à prendre en considération dans la prévention des risques de grossesse précoce à l'adolescence (GPA). En opposition par exemple à l'avis de santé publique qui tente de diminuer la prévalence des GPA en agissant uniquement sur le corps physique des adolescentes, cette étude démontre qu'une corrélation existe entre le sexe, le genre, le niveau

d'éducation, les capacités, l'âge, les normes, le niveau socioéconomique et le milieu de vie (Philibert & Lapierre, 2022).

Un article (Le Den, 2012) parlant des indicateurs de grossesses à l'adolescence en France, dit que c'est un problème de santé publique. Cette étude porte sur la population des jeunes filles de 15 ans à moins de 20 ans. Dans cet article, il est dit que la plupart du temps la grossesse est perçue automatiquement comme "non désirée" et comme la conséquence d'un échec contraceptif, qui se traduit par une augmentation du taux d'IVG. En effet, le choix de la maternité n'est pas pris en compte, pourtant c'est un choix possible pour l'issue de la grossesse.

Le caractère "non désirées" que l'on donne systématiquement aux grossesses précoces, démontre le caractère indésirable qu'on leur attribue socialement. Elles sont socialement vues comme indésirables et réprouvées, surtout dans la société occidentale. En effet, dans certains pays, avec des cultures différentes, la grossesse et le mariage à un jeune âge est fréquent et parfois considéré comme un passage à l'âge adulte. D'après l'article cité ci-dessus, la grossesse à l'adolescence, en France, représente moins de 1% des naissances dans leur ensemble, néanmoins, elle est toujours perçue comme un problème de santé publique.

De plus, le taux d'IVG en France serait en augmentation chez les jeunes filles, notamment entre 15 et 17 ans. Les grossesses non désirées et précoces seraient les causes directes de l'augmentation de ce taux d'IVG. D'après leurs

recherches, plus de 30'000 jeunes filles de moins de 20 ans ont recours à une IVG chaque année, dont 10'000 chez les moins de 18 ans.

L'échec de la contraception serait la cause des grossesses précoces à l'adolescence. Il serait question d'une mauvaise utilisation, d'un manque de connaissances et d'informations ou d'un échec dans l'utilisation de la contraception. Il y a également une forte culpabilisation et stigmatisation de la jeune fille qui se retrouve enceinte. Selon les responsables politiques, la grossesse serait involontaire, issue d'un acte irresponsable, immature et irréfléchi. Le désir d'enfant n'est pas du tout pris en compte, malgré le fait qu'il peut être réel chez les jeunes filles, notamment celles âgées de 18 à 19 ans (Le Den, 2012).

Selon l'article de Diana Dadoorian, le nombre de grossesses à l'adolescence augmente chaque année, malgré la prévention. La modernisation de la société a changé les coutumes et le rôle de la femme. La grossesse précoce à l'adolescence est considérée comme indésirable et comme la conséquence d'un manque de connaissances au niveau des moyens de contraceptions. Cependant, à l'heure d'aujourd'hui, il existe de nombreuses campagnes de prévention ainsi que des cours d'éducation sexuelle. Cet article met en évidence des facteurs biologiques, psychosociaux et culturels qui influenceraient la grossesse à l'adolescence. Au niveau biologique, les adolescentes pourraient avoir un désir d'enfant en lien avec la survie de l'espèce, lié à leur capacité de reproduction ainsi qu'aux hormones produites

à l'adolescence. Dans les facteurs psychologiques, il y a la curiosité de savoir si l'appareil reproducteur fonctionne ainsi que celle de devenir maman. L'article dit également que l'adolescente qui souffre de solitude ou d'un manque d'affect de la part de leur entourage seraient plus enclines à avoir des grossesses précoces. Il stipule également que les grossesses chez les adolescentes issues des classes populaires sont mieux acceptées que celles chez les adolescentes issues des classes moyennes. Effectivement, dans la classe populaire, la grossesse est considérée comme un passage à l'âge adulte alors que dans la classe moyenne, les jeunes filles sont plutôt poussées à faire des études, à travailler et à voyager(Dadoorian, 2007).

2.3.5. Interruption volontaire de grossesse

Les auteur·e·s ont relevé que les adolescentes qui se retrouvent enceintes de manière précoce se retrouvent à devoir faire un choix, c'est-à-dire de poursuivre ou non la grossesse. Dans le cas où elles ne souhaitent pas poursuivre cette grossesse, elles peuvent avoir recours à une interruption volontaire de grossesse.

Selon un article (Nations Unies - Droits de l'Homme, 2012), les adolescent·e·s représentent 18% de la population mondiale, 11% des naissances globales et 14% des décès concernent les femmes entre 15 et 19 ans, 50'000 femmes décèdent de causes maternelles chaque année, ils estiment à 3 millions le nombre d'avortements à risque chez les femmes entre 15 et 19 ans chaque année.

D'après la Commission des droits de l'homme des Nations Unies, les adolescent·e·s doivent faire face à des obstacles liés à l'accessibilité des informations, des produits et des services de santé sexuelle. Cette discrimination peut être due à des restrictions d'âge ou aux normes sociales. Ils soulignent des problématiques telles que, le mariage d'enfant, les grossesses précoces et les difficultés d'accès à la contraception pour les adolescent·e·s comme ayant un impact négatif sur la santé sexuelle des femmes. Notamment en augmentant les risques de grossesses non désirées et de contraction d'IST (Nations Unies - Droits de l'Homme, 2012).

D'après une recherche de 2021, 11'000 interruptions de grossesse en Suisse ont été effectuées en 2020 et 2021. Si le taux des IVG en Suisse reste faible en comparaison internationale, il est néanmoins en augmentation depuis 2017. En 2021, le taux d'IVG en Suisse était de 6,7 pour 1000 femmes entre 15 et 44 ans et 3,7 pour 1000 femmes entre 15 et 19 ans. Ce dernier correspond donc à plus de la moitié des IVG annoncées en Suisse en 2021 (OFS, 2021).

2.3.6. Procédure pour les grossesses non désirées en Suisse

Sur le site de la République du Canton de Neuchâtel, on retrouve les articles de lois définissant les droits et les obligations en matière d'interruption volontaire de grossesse. Elles se basent sur les articles 119 et 120 du Code pénal Suisse.

Il est stipulé que la décision d'interruption de grossesse appartient uniquement à la femme concernée, qui doit signer un document lors d'une consultation médicale. De plus, il est stipulé que le médecin qui pratique une interruption de grossesse doit faire un entretien avec la personne afin d'informer et de conseiller celle-ci sur l'intervention et fournir un dossier d'informations avec des adresses et des coordonnées de professionnels pouvant la soutenir dans cette épreuve.

Il y a bien sûr un délai. En effet, l'interruption de grossesse se pratique jusqu'à 12 semaines après le début des dernières règles. Au-delà de ce délai, l'intervention se fait uniquement si la santé physique ou psychique de la parturiente est en danger. En outre, il est stipulé que si la jeune femme est âgée de moins de 16 ans, il faut s'assurer que la patiente ait eu un entretien avec un centre spécialisé pour mineurs (Service de la Santé Publique de Neuchâtel, 2019).

2.3.7. Méthode pour interruptions volontaires de grossesse

Le site officiel de l'Etat de Vaud, explique les différentes méthodes pour une interruption volontaire de grossesse (IVG). En effet, il existe deux méthodes différentes : La méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale.

La première consiste en la prise de deux médicaments provoquant des contractions de l'utérus ainsi que l'expulsion de l'embryon. Les deux médicaments se prennent à 36-48 heures d'intervalle. Ces deux médicaments

sont : la mifépristone, qui provoque l'arrêt de la grossesse, et le misoprostol, qui provoque le déclenchement des contractions de l'utérus et l'expulsion de l'embryon en un à trois jours. Il peut y avoir des saignements dans les quinze jours qui suivent l'interruption. Elle se pratique chez un gynécologue, à l'hôpital ou dans certains centres de consultation. Elle est possible jusqu'à la fin de la neuvième semaine depuis le début des dernières règles. Il existe des contre-indications à cette méthode, qui sont : grossesse extra-utérine, atteintes des glandes surrénales, asthme aigu, intolérance aux médicaments, hypertension artérielle difficilement contrôlable, maladies cardiovasculaires graves ou les troubles du rythme cardiaque.

La méthode chirurgicale, consiste en une aspiration du contenu de l'utérus, souvent associée à un curetage. La plupart du temps, cela se fait en gynécologie ambulatoire sous anesthésie. Cette méthode est réalisable jusqu'à la douzième semaine d'aménorrhées.

Dans le texte du site de l'Etat de Vaud, il est stipulé que la femme mineure n'est pas obligée d'informer ses parents ou l'autorité parentale si elle a la capacité de discernement. Toute femme ayant recours à une IVG, doit signer un formulaire de consentement libre et éclairé et à tout·e gynécologue praticien·ne de l'IVG incombe la tâche de faire une déclaration pour l'Office fédérale de la statistique.

Une interruption volontaire de grossesse coûte entre 600 et 3000 CHF. Cela dépend de la méthode choisie, du lieu de l'intervention, des examens

complémentaires éventuels (dépistage IST, échographie, injection d'anticorps anti-D si rhésus sanguin négatif) et du stade de la grossesse. Elle est remboursée par l'assurance maladie de base, après les déductions de la quote-part (10%) et de la franchise. Dans des cas de confidentialité, certaines femmes ne peuvent pas demander de remboursement, c'est pourquoi une aide financière peut être envisagée dans certaines situations.

Il y a une consultation de contrôle à la suite d'une IVG pour vérifier qu'il n'y ait pas de complications, que la grossesse soit bien terminée (ultrason ou test urinaire), pour discuter des éventuels examens complémentaires et pour répondre aux questions de la patiente. Plus la demande d'IVG est rapide, plus l'accès à l'IVG médicamenteuse est possible (État de Vaud, 2019).

2.3.8. Complications d'une grossesse non désirée

Le recours à une IVG médicamenteuse peut générer les complications suivantes : expulsion incomplète de l'embryon, saignements importants, aspiration de la cavité utérine. Pour ce qui est de l'IVG chirurgicale, les risques sont les suivants : lésions du col utérin ou de la paroi utérine, infections, saignements importants, thrombose, évacuation incomplète nécessitant une deuxième aspiration. Au niveau psychique, la démarche de l'avortement peut causer des émotions intenses, notamment de la tristesse mêlée à un sentiment de soulagement et un besoin de faire le deuil. Le vécu d'une IVG dépend de l'état psychique et de la situation de vie de chaque personne (sex-i.ch, 2014).

2.3.9. Bénéfices de l'éducation à la vie affective et sexuelle

Selon l'OFSP : "les enfants et les jeunes bien informés se protègent mieux contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et les grossesses non désirées". L'éducation sexuelle permet le développement d'un rapport plus sain à la sexualité et contribue ainsi à la prévention des maladies ainsi qu'aux abus sexuels (Confédération Suisse, 2022).

L'OMS confirme qu'un apport en connaissances adéquat peut exercer une influence sur la prévention. Toujours selon l'OMS, la bonne santé sexuelle dépend de différents facteurs : l'accès à de l'information de bonne qualité, la capacité d'accès aux soins et le milieu de vie de la personne. De plus, les risques de subir des éléments néfastes de la sexualité (grossesse non désirée, IVG, violences) ou d'être atteint d'une pathologie (VIH, IST, cancer) sont corrélés avec les déterminants sociaux de la santé. Les déterminants sociaux étant, selon le modèle global : l'âge, le sexe, les facteurs héréditaires, les facteurs liés au mode de vie individuel, les réseaux sociaux et communautaires, les conditions de vie et de travail, les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales globales (Organisation mondiale de la Santé, 2009).

Selon l'OMS, le revenu, le statut social, le logement, l'inclusion sociale, l'emploi, l'origine ethnique, la nationalité et bien d'autres facteurs influencent la sexualité des jeunes. Ces facteurs représentent les causes des inégalités sociales de santé dans une société (Miels-Québec, 2020).

Un sondage mené en 2021 par le GSN, sur les besoins et les attentes des jeunes Neuchâtelois-e-s en matière d'éducation sexuelle, se composant d'un échantillon de 964 individus âgé-e-s de 16 à 25 ans, a démontré l'intérêt suivant quant aux interventions informatives : Plus de 55% de l'échantillon les considèrent comme indispensables, entre 80% et 85% pensent que les interventions informatives sont intéressantes, enrichissantes et utiles.

Les thématiques suivantes, "se protéger du VIH et des autres IST", "la prévention des grossesses non souhaitées" et "la connaissance des ressources régionales", sont les trois thèmes pour lesquels les individus partageaient un intérêt fort (GSN, 2021).

2.3.10. Avis d'experte

Une rencontre avec une infirmière travaillant dans le service de gynécologie de l'hôpital de Neuchâtel nous confirme que la procédure de l'IVG au sein du RHNe est très protocolaire. Un premier rendez-vous se fait en polyclinique, où les femmes décident de la procédure d'interruption, soit médicamenteuse soit chirurgicale.

Auparavant, le Planning Familial intervenait également auprès des femmes pendant leur hospitalisation, afin de faire de la prévention et de discuter des moyens de contraception, ainsi que d'autres sujets. Pour des raisons administratives, leurs interventions ne se font plus.

L'infirmière exprime une inquiétude quant au manque de temps et de connaissances de son équipe, vis-à-vis de l'éducation thérapeutique sur les moyens de contraception. Toutefois, ce sont elles qui sont auprès des patientes lors des interventions afin de les accompagner et de transmettre des informations liées à la contraception. Néanmoins, elle dit qu'il arrive que les bénéficiaires de l'IVG reviennent plus d'une fois. Il n'existe pas de formations plus spécifiques afin de mieux former les infirmiers-ères en gynécologie. En outre, le temps à disposition pour accompagner ces femmes est également restreint, étant donné la densité des charges du service. Elles se retrouvent plus occupées par les soins somatiques que par les soins d'accompagnement.

D'après le vécu de la soignante, la majorité des femmes qui viennent pour une IVG se situe dans deux tranches d'âges. Celles qui ont entre 16 à 20

ans et celles qui ont plus de 40 ans. Dans la majorité des cas les femmes viennent accompagnées. Cependant, la situation sanitaire liée au COVID-19 a impacté de manière très négative les patientes. Ces dernières se retrouvaient seules lors de la procédure, en raison de l'interdiction d'être accompagné dans les hôpitaux.

Dans le canton de Neuchâtel, les patientes sont hospitalisées le jour de l'expulsion de l'embryon, dans le cadre d'une IVG médicamenteuse. Toutefois, cette procédure n'est pas une généralité dans toute la Suisse. Il arrive également que la patiente rentre chez elle avant l'expulsion. Ce qui veut dire que le processus d'expulsion n'est pas toujours accompagné ou suivi par un·e professionnel·le, ce qui peut causer des impacts psychologiques sur la personne.

Il ressort également de cet entretien, qu'il faut différencier l'interruption volontaire de grossesse, de la grossesse non-évolutive (embryon qui arrête de se développer). Les procédures se ressemblent, mais la situation est nettement différente. Lors d'une IVG médicamenteuse, la prise de deux comprimés est nécessaire. Le premier arrête le développement de la grossesse (mifépristone) et le deuxième provoque l'expulsion de l'embryon (misoprostol). Jusqu'à cinq prises de misoprostol sont possibles et, s'il n'y a toujours pas eu d'expulsion, la procédure de choix devient celle du curetage. Dans le cas d'une grossesse non-évolutive, la première prise de traitement n'est donc pas nécessaire et dans ce cas, on parlera d'interruption thérapeutique de grossesse (ITG).

L'infirmière du service nous fait part également des conflits de valeurs qui existent dans son équipe quant à la prise en soins des IVG. Effectivement, il serait difficile pour certain-e-s soignant-e-s d'accompagner sans jugement les femmes venant pour une IVG. Elle nous dit que la difficulté serait encore plus élevée pour les infirmières ayant déjà eu des enfants. Elle dit également que la prise en soins de l'IVG ainsi que de l'ITG, par les mêmes soignant-e-s pourrait causer des conflits émotionnels internes.

À la suite d'une IVG, il y a une consultation obligatoire de contrôle afin de vérifier que la grossesse soit bien terminée et qu'il n'y ait pas de complications gynécologiques. Un suivi psychologique leur est proposé, cependant il n'est pas obligatoire. Souvent les adolescentes ne consultent pas les professionnel-le-s pour un suivi psychologique.

2.3.11. Témoignages de jeunes femmes ayant eu recours à une IVG en Suisse

Dans le premier témoignage, on retrouve une femme de 18 ans sous contraception orale. Elle subit une grossesse non désirée et doit faire recours à une IVG médicamenteuse. Le déroulement de l'interruption est assez négatif d'un point de vue émotionnel mais aussi physique car elle devra retourner aux urgences quelques jours après, à la suite d'une hémorragie utérine. Un curetage embryonnaire sera effectué en urgences. Madame dit avoir ressenti de la culpabilité, de la colère et s'être sentie jugée par le personnel soignant. Elle a vécu cela comme un traumatisme et dit ne pas s'être sentie soutenue.

Dans le deuxième témoignage, on retrouve une femme de 16 ans, sans moyen de contraception. Elle aura aussi recours à une IVG médicamenteuse. Son expérience est vécue négativement, car elle se sent impuissante et désemparée. Madame explique avoir été déstabilisée, car le gynécologue était un homme et que cela était son premier examen gynécologique. Elle exprime le fait qu'elle est rentrée chez elle sans éliminer l'embryon et que le processus s'est fait à la maison, ce qui a été, selon elle, d'une extrême violence. Par la suite, madame a développé des troubles liés à son image corporelle et a eu des accès de violence envers elle-même.

2.3.12. Conclusion de la revue exploratoire

Au regard de ces témoignages d'une part, de l'avis des expert-e-s d'autre part ainsi que des recherches effectuées par les auteur-e-s, on se rend compte de l'importance de l'impact d'une intervention volontaire de grossesse. C'est pourquoi en tant que futur-e-s professionnel-le-s de la santé, les auteur-e-s cherchent à comprendre : *Quelles sont les interventions infirmières, qui permettent d'améliorer la qualité de vie des adolescentes, dans une démarche d'interruption volontaire de grossesse ?*

2.4. Pertinence de la question pour la profession infirmière

Afin de relever la pertinence de notre question pour notre future profession, nous la mettrons, dans un premier temps, en lien avec les quatre concepts du métaparadigme des soins infirmiers selon Fawcett, métaparadigme dans lequel la question s'inscrit.

2.4.1. Le métaparadigme des soins infirmiers selon Fawcett

Selon la première partie du livre Contemporary Nursing Knowledge analysé en première année de formation, les quatre concepts sont : l'être humain (human being), l'environnement (environment), la santé (health) et les soins infirmiers (nursing) (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012).

L'être humain

Sujet principal de notre question, ce métaparadigme concerne l'individu, comment celui-ci est vu dans une culture. Il englobe les familles, communautés et tout groupe pouvant être lié aux soins (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012). En fonction de l'âge de la personne ou par exemple de son cadre familial, il-elle n'aura pas les mêmes droits, responsabilités ou autonomie. Une adolescente aura peut-être facilement accès à des soins pour une IVG, tandis qu'une autre n'y aura peut-être pas droit, ou le regard de son entourage envers elle changera après cette intervention (Ralph et al., n.d.). Dans notre société, les grossesses précoces chez les adolescentes ne sont pas bien perçues. Elles sont considérées comme indésirables et réprouvées, à la

suite d'un échec de la contraception. Il y a une forte culpabilisation et stigmatisation de l'adolescente enceinte. Selon les politiques, c'est un acte répréhensible, irréfléchi et immature. (Le Den, 2012).

L'environnement

Le concept de l'environnement dans le métaparadigme des soins infirmiers se réfère à l'espace physique qui entoure l'individu dans sa vie ainsi qu'aux soins qui lui sont apportés. Toute personne proche de l'individu rentre aussi dans la définition de ce concept. Les habitudes de vie, le niveau socio-économique, les conditions sanitaires du lieu de vie, les types de relation avec l'entourage ou encore l'accessibilité à des structures de soins, sont des éléments à prendre en compte lors de la prise en soins de l'individu (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012). Dans le cadre d'une IVG, par exemple, être seule ou accompagnée, avoir accès à un service adapté ou pas, la qualité de l'accueil et des soins, être hospitalisée ou non, sont des facteurs environnementaux qui vont influencer le vécu de l'adolescente. Ce métaparadigme nous permet de prendre conscience que l'IVG influence aussi les proches de la femme. Perdre un enfant peut influencer le développement d'une dépression qui peut également atteindre le compagnon de la femme (Farren et al., 2018).

La santé

Selon Fawcett, le concept de la santé se définit comme « le processus de vie et de mort de l'individu ». Dans notre sujet, nous nous intéressons aux IVG, touchant ainsi non seulement à la santé physique, mais aussi à la santé

psychique qui englobe tout impact, vécu, expérience, développement et questionnement (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012). Avoir traversé une IVG peut entraîner des répercussions négatives vis-à-vis des relations sexuelles, comme un blocage qui peut durer jusqu'à des années plus tard, ou un sentiment de culpabilité suite à l'image de l'expulsion. Au niveau physique, on pourrait parler du risque de perforation utérine ou du risque d'infection (Bridwell et al., 2022).

Les soins infirmiers

Ce concept se réfère aux actions mises en place par les infirmier·ère·s, toujours en lien avec le·a patient·e, en s'appuyant sur des objectifs et/ou un but. Il s'agirait ainsi des actions infirmières visant à répondre aux besoins des adolescentes vis-à-vis de leur prise en soins post-IVG (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012). Ceci engloberait par exemple des soins dits techniques mais aussi du relationnel avec un apport de connaissances ou un accompagnement adapté (Carson et al., 2022).

2.4.2. Les modes de savoirs infirmiers selon Carper

Barbara A. Carper a développé cinq savoirs, ainsi que le mode d'application de ces derniers, essentiels pour structurer la pratique des soins infirmiers. Comprendre ces savoirs n'a pas pour but d'élargir nos connaissances liées au savoir technique de sa discipline, mais plutôt de nous faire nous questionner sur ce qui est impliqué lors des soins et identifier ce qui a plus de valeur pour le·a patient·e (Carper, 1978).

Le savoir émancipatoire

Le but de ce premier savoir est de réduire ou d'éliminer les inégalités et injustices vis-à-vis d'un thème touchant le patient et la société dans laquelle il est inscrit (L. Chinn & K. Kramer, 2014). Ce sont donc toutes les actions mises en place afin d'atteindre ce but. On doit identifier et questionner les problèmes sociaux afin d'imaginer les changements qui pourraient être mis en place. Afin d'être équitable, ces changements devraient pouvoir s'appliquer de manière juste à tous les êtres humains. De manière concrète, pour appliquer ce savoir, on va décrire les situations limitant une population, modifier des structures sociales, en établir de nouvelles, et mettre en place des pratiques plus équitables. En pratique ce serait, par exemple, mettre sur pied une formation spécifique pour les infirmier-ère-s du service de gynécologie de Neuchâtel en matière de connaissances en moyens de contraception afin de mieux transmettre les savoirs aux adolescentes hospitalisées en post-IVG.

Le savoir éthique

Formulé de manière simple, le savoir éthique se focalise sur "ce qui doit être fait". Toutefois, il ne se réfère pas seulement à des codes ou à des normes. Afin de savoir ce qui doit être fait, on pose des jugements de situation sur le moment même, en lien avec le contexte spécifique sur lequel on est amené à agir. On ne va pas décrire ce que l'action devrait être pour être juste. Il est même possible qu'on n'ait pas de réponse dite "juste" à la problématique ou dilemme. Mais le savoir éthique nous permet de relever les choix possibles

qui se présentent à nous et/ou au patient(L. Chinn & K. Kramer, 2014) . Dans le cas où la réponse n'est pas satisfaisante, on se retrouve quand même avec des alternatives, et c'est parmi celles-ci qu'on va juger celles qui sont plus ou moins satisfaisantes afin d'avoir un résultat acceptable. Par exemple, l'infirmière accompagnerait la patiente dans sa décision et dans son choix de procédure d'IVG sans y porter de jugement et/ou l'influencer sur ce qui devrait être fait. Le but serait de l'accompagner en lui mettant à disposition les possibilités existantes.

Le savoir personnel

En prenant l'individu dans son entier, en allant plus loin que ses caractéristiques physiques et sa personnalité, le savoir personnel permet au soignant, ainsi qu'au patient, d'exprimer son "soi" de manière plus complète. Afin de voir la personne de cette manière, Carper explique qu'il est nécessaire d'être authentique. Cela veut dire, questionner, reconnaître et comprendre les facteurs qui influencent le "soi". C'est à travers cette authenticité que le soignant pourra résoudre des conflits qui auraient un impact sur ses actions de soins (L. Chinn & K. Kramer, 2014). Ce savoir rentre en jeu lorsqu'une infirmière ayant des enfants doit faire face à des émotions négatives vis-à-vis d'une adolescente qui veut faire une IVG. Un autre exemple serait d'être mis face à deux types de patientes, une femme venant à plusieurs reprises pour des fausses couches avec la volonté d'être maman, et une deuxième femme venant pour des IVG à répétition. Il s'agit ici, en tant que soignant d'être

conscient de ses émotions et d'être capable d'accepter et de comprendre la situation de la patiente en face d'elle.

Le savoir esthétique

En allant au-delà de ce que l'on perçoit, ou comme décrit par Carper, "au-delà de la surface", le savoir esthétique nous permet de saisir le sens même des situations. Il permet une connexion avec la personne, mais surtout avec l'expérience de la personne, qui est différente pour chaque situation. Le savoir esthétique permet d'agir en fonction de la perception de chacun·e. Celle-ci peut être différente pour plusieurs acteurs dans un même contexte. C'est-à-dire que l'infirmier·ère peut percevoir la situation d'une manière différente de celle que l'adolescente vit et/ou perçoit et vice-versa (L. Chinn & K. Kramer, 2014). Il s'agit d'être conscient et capable d'agir en fonction de cela. Ce serait par exemple, percevoir que la jeune femme est stressée vis-à-vis de la procédure médicamenteuse à travers ses expressions faciales et d'agir en fonction. Savoir si le problème provient par exemple de l'expulsion, essayer de la rassurer en fonction et mettre en place des moyens pour diminuer ce sentiment.

Le savoir empirique

Le savoir empirique se base sur le concept d'expérience plutôt que théorique. Pour Carper, le savoir est décrit comme ce qui peut être perçu par nos sens physiques. Il explique qu'afin de créer des connaissances, la théorie doit se baser sur des expériences, donc de l'empirique, afin d'aboutir à quelque

chose sur quoi on peut s'appuyer. Dans ce savoir, une réalité objective prend place, basée sur l'observation et la compréhension. Cette réalité objective est ce que la majorité des gens voient et ils sont en accord avec. En pratique, la mise en place du savoir empirique fait surface lorsque l'on revoit, ou lorsque l'on se rappelle des données théoriques dans le but d'une application pratique (L. Chinn & K. Kramer, 2014). Il s'agirait de revoir des pratiques ou théories afin de prendre en soins une patiente en utilisant des techniques relationnelles pour l'accompagner, par exemple, dans une situation post-traumatique due à une IVG.

2.5. Concepts retenus comme pertinents

2.5.1. L'adolescence

De nombreuses définitions tentent de déterminer l'adolescence. Selon le Larousse, l'adolescence se définit comme une transition, une période de vie située entre l'enfance et l'âge adulte, marquée par des transformations physiques et cognitives, durant laquelle se produit la puberté et l'abstraction de la pensée.

Selon Steinberg (2005), la période de l'adolescence peut se diviser elle-même en trois périodes :

L'adolescence précoce (12 - 14 ans), période de la puberté, de l'éveil des émotions, et de la recherche de sensations.

L'adolescence médiane (14 - 16 ans), période de vulnérabilité face à la prise de risques et régulation des émotions ainsi que du comportement.

L'adolescence tardive (16 - 18 ans), période de maturation du lobe frontal et la régulation des compétences.

Dans ce travail, le focus sera mis sur l'adolescence médiane et tardive (Steinberg, 2005).

2.5.2. La grossesse précoce à l'adolescence

Auparavant, jusque dans les années 80, la grossesse à l'adolescence était perçue comme à risque pour la santé des jeunes femmes d'un point de vue biologique. Aujourd'hui, il a été admis que le risque n'était pas plus élevé que pour les femmes plus âgées. Toutefois, un risque psycho-social est mis en avant.

Un dialogue dans un climat de confiance est nécessaire pour déterminer les besoins et les attentes des adolescentes en matière de contraception. Une prise en soins holistique de la patiente comprenant, une stabilité pondérale, un équilibre alimentaire et un apport calcique suffisant ainsi qu'une prévention des risques d'infections sexuellement transmissibles, (IST), est indispensable. Ceci afin d'éviter une grossesse non désirée et de diminuer le risque d'infections au VIH, au HPV ou à d'autres virus sexuellement transmissibles (Pienkowski & Cartault, 2018).

2.5.3. Interruption volontaire de grossesse

Une interruption volontaire de grossesse (IVG) est un avortement provoqué, lié à un non-désir de poursuivre une grossesse. Cette intervention se déroule dans un cadre légal et est donc soumise à des lois. Le régime du délai dans le droit suisse prévoit que la personne enceinte peut décider si elle souhaite poursuivre ou interrompre la grossesse jusqu'à douze semaines d'absence de règles (aménorrhée).

Il existe deux méthodes, une médicamenteuse et une chirurgicale. La méthode médicamenteuse est préconisée jusqu'à sept semaines d'aménorrhée. Une première prise de mifépristone met un terme à la grossesse. C'est un stéroïde synthétique à effet anti progestatif, qui entre en compétition avec la progestérone au niveau de ses récepteurs. Puis entre 36 et 48H plus tard, une prise de misoprostol est donnée, permettant l'expulsion de l'embryon. Ce sont des prostaglandines qui provoquent des contractions du myomètre et un relâchement du col utérin.

2.5.4. Prise en soins post-IVG

D'après une étude du collège royal d'obstétriciens et de gynécologues, dans les soins post avortement, il est proposé de discuter d'une nouvelle méthode de contraception pour l'avenir, si la personne le souhaite. Il a également été démontré qu'une antibiothérapie avant l'intervention chirurgicale permettrait de diminuer le risque infectieux. Au niveau émotionnel, le personnel devrait donner l'accès à des services de soutien psychologique

aux patientes. Les personnes ayant subi un avortement, devraient être mise au courant des signes et symptômes qui peuvent indiquer une grossesse persistante : fièvre, perte de sang importante, pertes vaginales inhabituelles, douleurs intenses. Afin de pouvoir réagir au plus vite (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2022).

La méthode chirurgicale est prescrite au-delà de sept semaines d'aménorrhée. Une canule est insérée dans le col de l'utérus et une aspiration est effectuée. Cette intervention est réalisée sous anesthésie générale ou locale (Santé Sexuelle, 2021).

2.5.5. La promotion de la santé

Le but de la promotion de la santé, selon la Charte d'Ottawa de 1986, est de "*donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer*". Elle se décline en cinq axes d'interventions : l'élaboration de politiques favorables à la santé ; la création d'environnements favorables ; le renforcement de l'action communautaire ; l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé.

Dans ce travail, la recherche se concentrera sur le rôle infirmier dans l'éducation des adolescent·e·s pour développer des connaissances sur les risques de grossesses non désirées et l'accompagnement de celles-ci quant au choix de résolution de grossesse.

2.5.6. Déterminants sociaux de la santé

Dans une perspective où l'individu se construit autour et avec sa communauté, la prise en compte des déterminants sociaux de la santé est indéniable. L'OMS (1948) les définit comme "*les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie*". La promotion pour la santé s'inscrit donc dans un contexte socio-économique, culturel et environnemental, ainsi que dans un cadre socio-communautaire. Les interventions infirmières, visant à la prévention participative, seront donc ciblées selon les facteurs spécifiques à l'individu, les facteurs liés au style de vie personnel et les facteurs biologiques.

2.6. Perspectives propositions pour la pratique

Le thème des interruptions volontaires de grossesse touche toute la population adolescente et comme dit précédemment, c'est un problème de santé publique. C'est pourquoi il est important de travailler sur ce sujet, afin de trouver comment améliorer la prise en soins des personnes vivant une interruption volontaire de grossesse. En effet, ces jeunes femmes disent, notamment dans les témoignages, ne pas forcément avoir été soutenues et ne pas avoir apprécié leur prise en soins. Il ressort de nos recherches et de nos témoignages que le personnel soignant se retrouve parfois démuni face à la problématique des IVG, notamment en post-IVG, lorsqu'il doit aborder divers thèmes, comme celui de la contraception.

Durant ce travail, nous allons voir comment nous pouvons, par des interventions infirmières, améliorer la prise en soins des jeunes femmes adolescentes ayant recours à une IVG. Pour donner suite aux recherches, les auteur·e·s ont décidé de s'intéresser à ce qu'eux, en tant qu'infirmier·ière·s, peuvent faire comme interventions en post-IVG. Ceci dans le but de pouvoir offrir des soins de la meilleure qualité possible, afin de rendre le vécu de cette IVG le moins éprouvant possible et de réduire les conséquences de cette interruption volontaire de grossesse.

Notre travail de Bachelor permettra d'apporter des pistes pour la pratique professionnelle, quant à l'accompagnement des jeunes femmes ayant recours à une IVG et quant aux bonnes pratiques qui y sont relatives.

Chapitre 3 : Champ disciplinaire infirmier

3.1. Ancrage disciplinaire de la théorie infirmière

Pour illustrer leur travail au travers de la discipline infirmière, c'est la théorie de la transition de Madame Afaf Ibrahim Meleis qui a été retenue par les auteur·e·s. Madame Meleis aborde les 4 métaparadigmes infirmiers de la manière suivante :

La personne : Meleis considère la personne comme étant un être en constante évolution, en transition. La personne est vue comme étant multidimensionnelle et influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels, environnementaux et spirituels. La personne est également perçue comme ayant une capacité d'adaptation et de transformation face aux transitions de la vie (Alligood, 2014).

L'environnement : pour Meleis, l'environnement se réfère à tous les facteurs physiques, sociaux et culturels qui peuvent exercer une influence sur la personne en transition. L'environnement peut inclure la famille, la communauté, le système de soins de santé ainsi que les facteurs économiques et politiques. Meleis considère que l'environnement peut être à la fois un facilitateur et un obstacle pour la personne en transition (Alligood, 2014).

La santé : pour Meleis, la santé est perçue comme étant un processus dynamique qui évolue constamment en fonction de l'état de la personne et de son environnement (Alligood, 2014).

Les soins infirmiers : Meleis perçoit les soins infirmiers comme étant une combinaison de connaissances, de compétences et d'attitudes qui permettent aux infirmières de répondre aux besoins des personnes en transition, en leur fournissant des soins adaptés à leurs besoins et à leur contexte de vie (Alligood, 2014).

En somme, Meleis perçoit les quatre métaparadigmes infirmiers comme étant interreliés et interdépendants, et considère que leur compréhension est essentielle pour la pratique infirmière centrée sur la personne en transition (Alligood, 2014).

Le niveau d'abstraction de la théorie de la transition de Meleis est considéré comme étant de niveau moyen à élevé. Cela signifie que la théorie se situe à un niveau intermédiaire entre les concepts spécifiques à la pratique infirmière et les théories plus générales de la santé et de la maladie. Au départ elle a été conçue comme une théorie centrale de soins infirmiers puis s'est développée comme une théorie de soins à niveau intermédiaire (Alligood, 2014).

La théorie de la transition de Meleis aborde des concepts abstraits tels que la transition, l'adaptation, la stabilité, la continuité et le changement, ainsi que des facteurs contextuels tels que la culture, le genre, l'âge et l'environnement. Cependant, la théorie est également axée sur des concepts concrets tels que les rôles, les relations et les comportements liés à la santé et à la maladie (Alligood, 2014).

La transition de Meleis est suffisamment concrète pour être appliquée à la pratique infirmière et suffisamment abstraite pour être applicable dans différents contextes de santé. La théorie de Madame Meleis entre dans le paradigme de l'intégration et dans celui de la transformation. Étant donné le niveau intermédiaire de la théorie, elle n'intègre pas d'école de pensée. Toutefois elle est représentée dans la philosophie de l'interaction réciproque. (Alligood, 2014).

3.2. Concepts clés de la théorie

La théorie de la transition de Meleis comprend plusieurs concepts clés qui sont interdépendants et qui permettent de comprendre la manière dont les individus traversent des transitions dans leur vie.

La transition : concept central de la théorie de la transition de Meleis. Elle est définie comme un processus de passage d'un état à un autre dans la vie d'un individu, impliquant des changements dans les rôles, les relations et/ou la santé (Meleis, 2010).

Les antécédents de la transition : sont les facteurs qui préparent et motivent un individu à traverser une transition. Ces facteurs peuvent inclure des événements de vie, des changements de santé ou des choix personnels (Meleis, 2010).

Les conséquences de la transition : effets de la transition sur la vie d'un individu, notamment sur les rôles, les relations, la santé et le bien-être (Meleis, 2010).

Les modes d'adaptation : stratégies que les individus utilisent pour faire face aux transitions et pour maintenir leur santé et leur bien-être (Meleis, 2010).

Les facteurs contextuels : aspects de l'environnement social, culturel, économique et politique qui influencent la manière dont les individus traversent des transitions et s'adaptent à des changements.

Dans l'ensemble, la théorie de la transition de Meleis met l'accent sur le processus de transition et sur les moyens d'aider les individus à s'adapter aux changements de manière efficace et positive (Meleis, 2010).

3.3. Intérêt de la théorie pour la discipline infirmière

La théorie de la transition de Meleis met en évidence l'importance de la continuité des soins dans les processus de transition. Elle encourage les infirmier·ère·s à travailler en collaboration avec les patient·e·s et les autres professionnel·le·s de la santé pour assurer une transition en douceur d'un état à un autre, tout en veillant à ce que les soins soient coordonnés et continus.

Elle aide également à anticiper les besoins des patient·e·s lorsqu'ils-elles traversent des transitions dans leur vie. En utilisant cette théorie, les

infirmières peuvent aider les patient-e-s à se préparer aux changements et à mieux gérer les conséquences de la transition sur leur santé et leur bien-être.

En outre, la théorie de la transition de Meleis souligne l'importance de la relation entre le soignant et le soigné lors de la traversée de transitions de vie. Elle encourage les infirmières à établir des relations solides et durables avec les patient-e-s, en les aidant à comprendre les transitions qu'ils traversent et en les accompagnant dans leur processus d'adaptation.

Cette théorie permet aussi aux infirmières de s'adapter aux besoins individuels des patient-e-s lorsqu'ils-elles traversent des transitions. En reconnaissant les antécédents et les conséquences de la transition, les infirmières peuvent développer des plans de soins personnalisés qui aident les patients à s'adapter aux changements de manière efficace et positive.

En somme, la théorie de la transition de Meleis est utile pour la discipline infirmière, car elle fournit un cadre conceptuel pour comprendre les transitions de vie et pour aider les patients à s'adapter aux changements qui en résultent.

Le recours à la théorie de la transition de Meleis peut aussi être très bénéfique dans le cadre de soins post-IVG. Comme explicité ci-dessus, cette théorie met en évidence l'importance de la continuité des soins, de la relation soignant-soigné et de l'adaptation des soins aux besoins individuels des patientes, ce qui peut aider les infirmières à fournir des soins efficaces et adaptés aux femmes ayant subi une IVG.

Elle permet par exemple d'anticiper les besoins des patientes : Les infirmières peuvent aider les femmes à se préparer aux changements physiques et émotionnels qui peuvent survenir après une IVG. Elles peuvent également fournir des informations sur les options de contraception pour éviter une grossesse non désirée à l'avenir.

C'est également un outil pour établir une relation de confiance : Les infirmières peuvent aider les femmes à se sentir à l'aise et en confiance en leur fournissant des informations claires et précises sur les soins post-IVG. Les infirmières peuvent également offrir une écoute attentive et un soutien émotionnel pour aider les femmes à faire face aux potentielles répercussions psychologiques de l'IVG.

Elle met aussi l'accent sur la coordination des soins : Les infirmières peuvent travailler en collaboration avec les autres professionnels de la santé pour assurer une transition en douceur des soins post-IVG. Elles peuvent également coordonner les soins de suivi et aider les femmes à prendre rendez-vous pour les examens de suivi nécessaires.

En outre, elle permet de s'adapter aux besoins individuels des femmes. Par exemple, certaines femmes peuvent avoir besoin d'un soutien accru pour faire face aux conséquences psychologiques de l'IVG, tandis que d'autres peuvent avoir besoin d'un suivi médical plus fréquent pour surveiller leur santé physique.

En appliquant la théorie de la transition de Meleis dans le cadre des soins liés à l'IVG, les infirmières peuvent aider les femmes à s'adapter à cette transition de vie et à recevoir les soins dont elles ont besoin pour maintenir leur santé et leur bien-être.

Chapitre 4 : Méthode

4.1. Introduction

Dans ce chapitre, les chercheur·euse·s vont commencer par exposer de la méthodologie de recherche. Puis suivra la présentation du développement de la question de recherche, ainsi que le recensement du type de question. La stratégie de recherche sera détaillée et regroupée selon les bases de données.

4.2. Développement de la question de recherche

Comme cité dans la problématique, la question de recherche des auteur·e·s, est la suivante : *Quelles sont les interventions infirmières, qui permettent d'améliorer la qualité de vies des adolescentes, dans une démarche d'interruption volontaire de grossesse ?*

En clarifiant chaque concept clé de la méthode PICOT, qui est une approche utilisée dans la pratique fondée sur des preuves afin de formuler une question de recherche, ils·elles identifient donc comme population/patient (P) de leur question de recherche, les adolescentes ayant subi une IVG. En ce qui concerne le concept de l'intervention (I), ils·elles identifient les interventions infirmières et pour l'outcome (O), soit, le résultat, le concept évaluable, ils·elles identifient la qualité de vie. Les auteur·e·s précisent donc, qu'ils·elles n'ont pas de concept de comparaison (C) ni de temporalité précise (T).

4.3. Type de question

Selon Melnyk & Fineout-Overholt, la question de recherche se définit comme une question de type *Intervention*. Il est cherché avec notre travail d'améliorer la qualité de vie à travers des interventions, ce qui correspond donc à la définition de ce type de question, soit : démontrer quelles interventions/traitements visent à améliorer les conditions du·de la patient·e.

Les recherches des auteur·e·s devront correspondre au plus haut niveau de preuve possible, toutefois les revues systématiques et les guidelines ne sont pas autorisés dans ce travail. C'est pourquoi l'étude se concentre sur des études de niveau II et III (Melnik & Fineout-Overholt, 2018). Des études randomisées contrôlées ou non contrôlées, quantitatives, qualitatives ou mixtes. De plus, plusieurs filtres ont dû être utilisés : études datant de moins de 10 ans, textes en anglais.

4.4. Stratégie de recherche

4.4.1. Banque de données CINAHL

La base de données CINAHL et PubMed partagent le même type de descripteurs, soit des *MeSH Terms*. Afin de procéder aux recherches sur cette première, les auteur·e·s ont commencé par transformer les concepts de la question PICOT en mots clés pertinents pour la question. Une fois ces mots clés introduits sur la base de données, les *MeSH Terms* sont directement proposés afin de formuler l'équation de recherche.

Mots-clés	Mots-clés en anglais	MeSH Terms	Équation de recherche 10 ans max	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus	Commentaires	Nom d'article
Soins infirmiers Adolescentes Avortement	Nursing Adolescents Abortion	Nursing Care / Nursing Intervention Adolescents / Teenagers / Young Adult Abortion	Adolescents OR Teenagers OR Young Adults AND Abortion AND Nursing care OR Nursing Intervention	9	1	IF : 4.423 L'étude a été choisie pour faire partie de l'analyse finale et fait donc partie des études finales pour ce travail.	An exploration of pregnant teenagers' views of the future and their decisions to continue or terminate their pregnancy implications for nursing care

Adolescentes Avortement Qualité de vie	Adolescents Abortion Quality of Life	Adolescents / Teenagers / Young Adult Abortion Quality of Life	Adolescents OR Teenagers OR Young Adults AND Abortion AND Quality of Life	60	3	<p>IF : 3.207 IF : 2.957</p> <p>Les deux premières études ne correspondaient pas à notre recherche.</p> <p>IF : 1.752</p> <p>L'étude a été choisie pour faire partie de l'analyse finale et fait donc partie des études finales pour ce travail.</p>	<p>Psychosocial adjustment after induced abortion and its explanatory factors among adolescent and adult women</p> <p>The place of abortion in the pregnancy decision-making process in young adult women in Catalonia, Spain</p> <p>Abortion related worries, fears, and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and qualitative study</p>
--	--	--	--	----	---	--	---

Adolescentes Avortement Soins infirmiers Douleur	Adolescents Abortion Nursing Pain	Adolescents / Teenagers / Young Adult Abortion Nursing Care / Nursing Interventions Pain	Adolescents OR Teenagers OR Young Adults AND Abortion AND Nursing Care OR Nursing Intervention AND Pain	2	0		
--	--	---	--	---	---	--	--

Adolescentes Avortement Douleur	Adolescents Abortion Pain	Adolescents / Teenagers / Young Adult Abortion Pain	Adolescents OR Teenagers OR Young Adults AND Abortion AND Pain	92	3	<p>IF : 3.051</p> <p>IF : 6.353</p> <p>Les deux premières études ne correspondaient pas à notre recherche.</p> <p>IF : 3.051</p> <p>L'étude a été choisie pour faire partie de l'analyse finale et fait donc partie des études finales pour ce travail.</p>	<p>Nitrous Oxide versus Sedation for pain management of First Trimester Surgical Abortion</p> <p>Paracervical block as pain treatment during second-trimester medical termination of pregnancy</p> <p>Patient choice of adjunctive nonpharmacologic pain management during first-trimester abortion</p>
---------------------------------------	---------------------------------	---	--	----	---	---	---

4.4.2. Banque de données PubMed

Afin de mener la recherche d'articles de manière précise sur PubMed, les auteur·e·s ont procédé à la transformation des concepts de la question PICOT en descripteurs spécifiques à la banque de données. Pour se faire, il a été utilisé *Inserm - Le MeSH bilingue* et trouvé les descripteurs sous-mentionnés dans les tableaux de recherche. Certains concepts ne pouvaient pas être traduits et ont dû être séparés ou remplacés afin d'aiguiser la recherche, comme *interventions infirmières* qui n'existe pas en MeSH Term. L'utilisation d'autres mots-clés a été nécessaire afin de mieux cibler la recherche.

Mots-clés	Mots-clés en anglais	MeSH Terms	Équation de recherche 10 ans max	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus	Commentaires	Nom d'article
Soins Infirmiers Adolescent IVG	Nursing Care Adolescent Abortion	Nursing Care Adolescent (Inducted) Abortion	Nursing Care AND Adolescent AND Inducted Abortion	72	0		
Soins Infirmiers IVG Satisfaction des patients	Nursing Care Abortion Patient Satisfaction	Nursing Care (Inducted) Abortion Patient Satisfaction	Nursing Care AND Abortion AND Patient Satisfaction	22	1	IF : 10.693 L'étude a été choisie pour faire partie de l'analyse finale et fait donc partie des études finales pour ce travail.	Doula support during first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial
IVG Satisfaction des patients	Abortion Patient Satisfaction	(Inducted) Abortion Patient Satisfaction	Abortion AND Patient Satisfaction	334	1	IF : 3.051 L'étude ne correspondait pas à notre recherche.	Factors influencing women's satisfaction with surgical abortion

IVG Satisfaction des patients Adolescent	Abortion Patient Satisfaction Adolescent	(Inducted) Abortion Patient Satisfaction Adolescent	Abortion AND Patient Satisfaction AND Adolescent	91	2	IF : 1.884 L'étude ne correspondait pas à notre recherche. IF : 2.503 L'étude a été choisie pour faire partie de l'analyse finale et fait donc partie des études finales pour ce travail.	A direct-to-patient telemedecine service in Australia : retrospective analysis of the first 18 months What constitutes a good healthcare experience for unwanted pregnancy? A qualitative study among young people in Canada
Douleur Adolescent Avortement	Pain Teenager Abortion	Pain Teenager (Inducted) Abortion	Abortion AND Pain AND Teenager	157	1	IF : 4.544 L'étude a été choisie pour faire partie de l'analyse finale et fait donc partie des études finales pour ce travail.	Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women

Avortement Adolescent Deuil	Abortion Teenager Grief / Bereavement	(Inducted) Abortion Teenager Grief / Bereavement	Abortion AND Teenager AND Grief	10	1	Les deux MeSH Terms " <i>Grief</i> " et " <i>Bereavement</i> " donnent les mêmes résultats au niveau de l'équation. IF : 1.475	The Characteristics and Severity of Psychological Distress After Abortion Among University Students
			Abortion AND Teenager AND Bereavement			L'étude a été choisie pour faire partie de l'analyse finale et fait donc partie des études finales pour ce travail.	

Grossesse à l'adolescence Avortement	Pregnancy in Adolescence Abortion	Pregnancy in Adolescence (Inducted) Abortion	Pregnancy in Adolescence AND Inducted Abortion	158	2	IF : 0.53 IF : 2.046 Les études ont été choisies pour faire partie de l'analyse finale et fait donc partie des études finales pour ce travail.	Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood : thirteen-year longitudinal evidence from the United States Trends in Inducted Abortions in Greece: A Cross-sectional Study
Adolescent IVG Troubles Psychiatriques	Adolescent Abortion Psychiatric Disorders	Teenager (Inducted) Abortion Mental Disorders	Teenager AND Abortion AND Mental Disorders	142	1	IF : 7.898 L'étude a été choisie pour faire partie de l'analyse finale et fait donc partie des études finales pour ce travail.	The Risk of Psychiatric Morbidity Following Teenage Induced Abortion and Childbirth—A Longitudinal Study From Finland

Avortement Douleur Adolescent	Abortion Pain Adolescent	Abortion Pain Adolescent	Abortion AND Pain AND Adolescent	85	1	IF : 2.194 L'étude a été choisie pour faire partie de l'analyse finale et fait donc partie des études finales pour ce travail.	Women's experiences of having an early medical abortion at home
Interventions infirmières Avortement	Nursing care Abortion	Nursing care Abortion	Nursing care AND Abortion	77	1	IF : 3.051 L'étude a été choisie pour faire partie de l'analyse finale et fait donc partie des études finales pour ce travail.	Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy

Chapitre 5 : Synthèse des résultats/discussion

5.1. Introduction

Ce chapitre présente la synthèse des résultats, tout d'abord par article, s'ensuit une mise en commun des résultats sous forme d'identification des grands thèmes. L'exposé continue avec les perspectives et les recommandations pour la pratique des soins infirmiers.

5.2. Synthèse des résultats :

Article numéro 1: « An exploration of pregnant teenagers' views of the future and their decisions to continue or terminate their pregnancy: implications for nursing care »(Bell et al., 2014)

Le lieu de déroulement de l'étude n'est pas clairement exprimé dans le texte. Cependant, au vue des lieux de rattachement des auteurs, l'étude s'est certainement déroulée en Angleterre.

Il s'agit d'une étude exploratoire transversale à méthodes mixtes. Les données ont été collectées à partir de questionnaires. Un cadre multifactoriel a été utilisé pour étudier l'orientation future des adolescentes selon le modèle de Seginer (Seginer 2005).

Le recrutement s'est fait lors de rendez-vous médicaux. Pour les groupes contrôles, les adolescentes devaient être âgées de 13 à 18 ans et être enceintes. Les adolescentes enceintes de plus de 14 semaines ont été exclues, car elles ne pouvaient plus avoir d'interruption volontaire de grossesse. Pour

le groupe témoins, elles devaient être âgées entre 13 et 18 ans, n'ayant jamais été enceintes.

Le questionnaire comprenait une échelle de Likert qui mesuraient l'orientation future des participantes par rapport aux composantes cognitives, motivationnelles et comportementales du modèle d'orientation future.

Pour les données qualitatives, des thèmes ont été identifiés à partir des citations des participantes, provenant des réponses à la question sur les raisons quant à la décision de la résolution de grossesse, ou des commentaires supplémentaires des adolescentes à la fin du questionnaire.

Les résultats significatifs de cette étude suggèrent que la façon dont les adolescentes enceintes envisagent l'avenir a un lien avec leur décision d'interrompre ou de poursuivre leur grossesse.

Il ressort de cette recherche, qu'un intérêt plus poussé pour les projets d'avenir, un contrôle interne, une perception plus élevée des coûts de la poursuite d'une grossesse et le fait de penser qu'il est davantage probable d'avoir la vie que l'on souhaite, soient des facteurs en faveur de l'interruption volontaire grossesse. Ces résultats sont en concordance avec les visions de la société civile.

En outre, des préoccupations plus basses relatives à ses propres désirs et à sa carrière mais plus élevées quant à la famille et aux amis, se retrouvent comme des facteurs en faveur de la poursuite de la grossesse. Au final, mettre

en avant les besoins du futur bébé pourrait être considéré comme un aspect normal de la maternité. Finalement, il ressort de cette étude, qu'il est salutogène que le choix quant à la résolution de la grossesse et l'attitude face à l'avenir soient en congruence.

Article numéro 2: « Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study »(Georgsson et al., 2019)

L'étude s'est déroulée en Suède. L'étude utilise une méthode de recherche qualitative exploratoire et rétrospective, sur les inquiétudes, les craintes et la préparation liées à l'avortement.

Les auteurs ont recruté les participantes via des forums de discussion publics et des réseaux sociaux. Les critères d'inclusion étaient d'avoir subi une interruption volontaire de grossesse au cours des cinq dernières années en Suède et d'avoir plus de 18 ans.

Les données ont ensuite été collectées à l'aide d'un questionnaire en ligne. Des unités de sens ont été identifiées et regroupées en thèmes et en sous-thèmes, puis en catégories. Les auteur·e·s ont procédé eux-mêmes à l'analyse de données.

Les trois thèmes principaux qui en sont ressortis sont : « inquiétudes et craintes », « événements inattendus et complications dues au manque de

préparation », « informations insuffisantes et de mauvaise qualité entraînant une incertitude sur la procédure d'avortement ».

Les résultats indiquent que les répondantes ont exprimé une grande variété d'expériences et de sentiments liés à leur sexualité. Divers événements durant le processus d'avortement ont été inattendus et illustrent le manque d'informations préparatoires. De plus, beaucoup ont cherché des informations sur le web, mais n'ont trouvé que des informations de qualité médiocre. En outre, les résultats démontrent que les avortements provoqués entraînent souvent des difficultés émotionnelles.

Article numéro 3: « Doula support during first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial »(Chor et al., 2015)

Le lieu de déroulement de l'étude n'est pas spécifié, toutefois, le journal duquel provient l'article se nomme American Journal of Obstetrics & Gynecology, ce qui nous informe sur le pays, soit les États-Unis.

Il s'agit d'une étude datant de 2015, de type contrôlé randomisé, dans laquelle le but a été d'analyser des axes au niveau de la gestion de la douleur ainsi que de la satisfaction de la procédure d'avortement, chez des personnes avec et sans un soutien Doula. Habituellement, une Doula est une femme qui propose un accompagnement non médical de la grossesse et de l'accouchement.

Le recrutement des participantes a été faite à travers des demandes de participation à l'étude. La répartition s'est faite de manière aléatoire en deux groupes, le premier (groupe témoin) recevant un soutien Doula durant l'avortement et le deuxième sans ce soutien (groupe contrôle). Ont été sélectionnées, des femmes de 18 ans et plus traversant une interruption de grossesse chirurgicale durant le premier trimestre de grossesse.

Concernant le contenu, c'est à travers de questions générales et spécifiques posées aux deux groupes qu'on a pu évaluer les divers axes d'intérêt pour l'étude.

Des échelles visuelles ont été utilisées pour évaluer la satisfaction des bénéficiaires vis-à-vis de leur expérience vécue. En parallèle, une échelle Likert a servi à évaluer le niveau de difficulté de la procédure par les prestataires. Cette dernière a été complétée avec divers questionnements, soit : l'intervention ou pas d'un stagiaire ; une administration ou pas d'antidouleurs supplémentaires pour la gestion de la douleur ; une éventuelle mise en place d'un soutien supplémentaire au personnel de la clinique ; un évènement indésirable s'étant produit durant la procédure.

L'étude suggère dans ses résultats qu'un soutien émotionnel apporté par une Doula peut avoir un impact bénéfique pour les femmes subissant un avortement chirurgical au premier trimestre. Ceci est considéré comme valable même si, au niveau statistique, ce soutien n'a pas eu d'impact sur la gestion de la douleur ou sur la satisfaction de la procédure.

Au niveau des résultats significatifs identifiées, donc avec une $p \leq 0,05$, la seule qui ressort, s'agit du besoin en un soutien supplémentaire entre les deux groupes, soit un besoin plus élevé chez le groupe de contrôle (n'ayant pas reçu de soutien Doula).

Article numéro 4: « What constitutes a good healthcare experience for unintended pregnancy? A qualitative study among young people in California »(Mahanaimy et al., 2022)

L'étude s'est déroulée aux États-Unis en Californie. L'article ne mentionne pas le type de devis de l'étude. Toutefois, le rôle du chercheur est explicité. Ce dernier a mené les entretiens en personne ou par téléphone en se basant sur un guide de questions sur les expériences des participantes concernant les soins en lien avec leur grossesse non désirée.

Le recrutement des participantes s'est fait à travers Craigslist ainsi que des Flyers distribués dans la Bay Area de San Francisco. L'étude a pris des femmes âgées entre 18 et 30 ans ayant eu une grossesse indésirée à l'âge de 25 ans ou plus jeune.

Les données et consentements ont été récoltés soit en direct soit par oral en fonction de l'interview menée. Chacune a été menée en anglais et a été transcrite par un professionnel. Nous n'avons pas d'information concernant la durée de la collecte des données.

L'analyse, faite par deux chercheurs, s'est faite en organisant les réponses par thèmes choisis à l'avance. Afin de protéger l'identité des participants, ces derniers ont été référés dans l'étude par des pseudonymes. Le codage a été mené à l'aide du logiciel qualitatif Dedoose. Les thèmes choisis pour l'organisation des données étaient : recrutement ; caractéristiques des participants et outcomes des grossesses ; termes utilisés pour décrire la grossesse ; interactions avec les prestataires de soins ; support en information par les prestataires ; attitudes des prestataires de soins ; conseils et fourniture de contraception.

Les résultats ont été organisés et présentés selon les thèmes susmentionnés. Il n'y a pas de mention spécifique concernant des résultats plus significatifs ou plus importants ressortant plus que d'autres. Toutefois, au niveau de la discussion, on parle de la manière dont l'étude répond à la question de départ. Ici, on retrouve des mentions de certains résultats ayant été considérés comme plus impactant tels que : l'attitude des prestataires de soins ainsi que la qualité de leur transmission en informations jouent un rôle sur l'expérience vécue par les bénéficiaires ; la nécessité d'un apport d'informations adéquates représente un besoin important pour les jeunes et cet accès est primordial dans leur autonomie dans les soins.

Afin d'améliorer le vécu de cette expérience par les jeunes, c'est l'accès à l'information, les propositions de contraception, ainsi que le vocabulaire et termes utilisés par les prestataires qui pourraient avoir un grand impact.

Article numéro 5: « Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women »(Kemppainen et al., 2020)

L'étude s'est déroulée en Finlande. Cette recherche est une étude prospective quantitative qui évalue l'expérience de la douleur et les besoins en analgésique lors d'une IVG ainsi que l'adéquation de la combinaison d'ibuprofène et de paracétamol. Les facteurs prédictifs d'une douleur sévère ont également été étudiés, ainsi que l'acceptabilité de l'avortement médicalisé et la satisfaction des patientes par rapport à la douleur ressentie.

Les participantes ont été sélectionnées au département d'obstétrique et de gynécologie, les femmes s'y rendant pour un avortement médical précoce ont été invitées à participer à l'étude. Au total 132 femmes ont été incluses dans l'analyse, 56 adolescentes et 76 femmes adultes. Les participantes ont été réparties en deux groupes, celui des adultes et celui des adolescentes. En outre, les données des mineures (âgées de 16 à 17 ans) ont été analysées séparément des adolescentes majeurs (âgées de 18 à 19 ans).

L'intensité de la douleur liée à l'avortement, les vomissements pendant la grossesse et la satisfaction des patientes vis-à-vis de l'antalgie ont été consignés dans un journal à l'aide d'une échelle d'évaluation de 0 à 100.

Les résultats de cette étude démontrent que la douleur maximale lors d'un avortement médical précoce est élevée, tant chez les adolescentes que chez les femmes adultes. La durée et l'intensité de la douleur était plus élevée chez les adolescentes que chez les femmes. La majorité des participantes ont

eu besoin d'analgésiques en plus du traitement initial (ibuprofène et paracétamol) et la plupart des adolescentes ont reçu des narcotiques. La douleur la plus intense a été déclarée entre 2.3 et 3.4 heures après l'administration du misoprostol. La douleur intense était associée à des vomissements, à de l'anxiété et à des antécédents déclarés de dysménorrhée. Il a également été démontré que les adolescentes fumaient plus souvent et étaient majoritairement en couple. La majorité des femmes étaient satisfaites du traitement et plus de trois femmes sur cinq ont jugées les analgésiques adéquats.

Article numéro 6: « The Risk of Psychiatric Morbidity Following Teenage Induced Abortion and Childbirth – A Longitudinal Study From Finland »(Jalanko et al., 2020)

L'étude s'est déroulée en Finlande. Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective sans procédure expérimentale. Les données sur les naissances et avortements induits chez les adolescentes entre 1987 et 1989 ont été utilisées pour évaluer le risque de morbidité psychiatrique à long terme chez les femmes ayant eu une grossesse à l'adolescence. Il a été mis en comparaison les femmes ayant subi un avortement avec celles ayant accouché.

Les femmes ayant vécu des grossesses à l'adolescence ont été divisées en deux groupes en fonction de la finalité de la grossesse, ainsi qu'en fonction

de l'âge (<20 ou <18 ans). Seul le premier diagnostic psychiatrique a été pris en compte dans l'analyse finale étant donné qu'il n'y avait pas de spécificité concernant le but initial des consultations.

Pour mieux évaluer les liens entre les grossesses à l'adolescence et la morbidité psychiatrique, l'incidence des diagnostics a été divisée par périodes en fonction des tranches d'âge. Les rapports de taux ont été calculés de manière individuelle pour les moins de 18 ans en début de grossesse pour les femmes ayant eu une grossesse et lors du jour d'index pour le groupe témoin (groupe n'ayant pas eu de grossesse à l'adolescence mis en lien et suivi en même temps afin de comparer les résultats).

Les résultats statistiquement significatifs n'ont pas été détaillés de manière précise dans l'article. Toutefois, tous les résultats ressortis étaient significatifs avec une $p \leq 0,05$ soit : le type de résidence ; le niveau d'éducation ; la présence de morbidité psychiatrique chez les parents ; plus d'une grossesse à l'adolescence.

L'étude démontre que le risque de diagnostic psychiatrique était plus élevé chez les femmes ayant eu une grossesse à l'adolescence.

Article N°7 : « The characteristics and severity of psychological distress after abortion among university students »(Curley & Johnston, 2013)

L'étude se déroule à Montréal, au Canada. C'est un modèle descriptif ex post facto utilisé pour comparer les résultats psychologiques après un avortement parmi un échantillon de commodité d'étudiants. C'est une recherche quantitative. La population visée était une commodité d'étudiantes des universités de McGill, Vermont et de Concordia, qui avaient subi un avortement au cours des dix dernières années. Les femmes ont été classées en trois groupes ; les femmes qui souhaitaient un suivi psychologique après l'avortement ; les femmes qui ne souhaitent pas de suivi psychologique post avortement et un groupe de jeunes femmes qui n'ont jamais été enceintes (groupe témoin).

Les 151 participantes étaient âgées de 18 à 35 ans, étaient célibataires et n'avaient pas d'enfants. Elles avaient subi un ou plusieurs avortements.

La procédure expérimentale consistait à remplir des questionnaires démographiques et des formulaires sur leur état de santé, ainsi que des mesures standards pour la dépression, de l'anxiété et de la santé mentale.

Les résultats démontrent que plus de 50% des étudiantes ayant subi un avortement, souhaitent bénéficier d'un suivi psychologique pour faire face à la détresse psychologique après un avortement (DPA). Il y a en effet une incidence de plus de 50% de détresse persistante après un avortement. La DPA serait due à un stress lié à la grossesse non désirée et à l'expérience de l'avortement, ainsi qu'à des problèmes de santé mentale coexistant. Les femmes qui souffrent de DPA sont en état de stress post-traumatique, qui peut

durer plus de trois mois et causer une déficience fonctionnelle globale. Dans cette étude, toutes les personnes ayant recours à l'avortement avaient des symptômes qui indiquaient un syndrome de stress post-traumatique. Ceci peut causer des symptômes tels que de l'insomnie ou de l'hypervigilance, un taux plus élevé de dépression et d'anxiété situationnelle. L'étude dit qu'il est important de mettre en place des services de suivi psychologique afin de réduire le risque de DPA.

Article N°8 : « Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood : Thirteen year longitudinal evidence from the United States »(Sullins, 2016)

L'étude se déroule aux Etats-Unis. C'est une étude longitudinale utilisant des pondérations de population longitudinales conçues pour contrecarrer tout biais en ajustant les différences d'échantillon entre les vagues. La population visée sont les adolescentes américaines pendant la transition vers l'âge adulte, qui ont entre 15 et 29 ans. C'est une cohorte nationale représentative de 8005 femmes. Cette étude a pour but d'examiner les liens entre les résultats de la grossesse (naissance, avortement ou perte involontaire de grossesse) et les résultats de santé mentale de ces femmes américaines.

Les résultats significatifs $p \leq 0,05$, démontre que l'avortement provoqué est systématiquement associé à un risque accru de détresse mentale et de troubles mentaux. L'analyse a inclus l'ensemble des groupes de comparaison

liés aux résultats de la fécondité, c'est-à-dire, la naissance, la perte involontaire de grossesse et l'avortement provoqué. Seul l'avortement était systématiquement associé à un risque plus élevé de troubles mentaux. En effet l'avortement, selon l'étude, augmente le risque de consommer de la drogue illicite ainsi que de dépendre du cannabis. Cela augmente également le risque de dépression et de troubles anxieux. Le taux est moins élevé pour ce qui est de la dépendance à l'alcool, à la nicotine ainsi qu'aux idées suicidaires. L'avortement augmente également de 33% le risque d'avoir un trouble affectif. Le risque de troubles mentaux est plus élevé chez les adolescentes. En effet 32% des troubles mentaux dus à l'avortement sont chez les moins de 20 ans.

Article numéro 9: « Trends in Induced Abortions in Greece: A Cross-sectional Study »(Tsakiridis et al., 2020)

L'étude s'est déroulée en Grèce. Il s'agit d'une étude transversale dont le sujet d'observation était les avortements à l'adolescence. La population concernée était les femmes âgées de 20 ans et plus et l'étude s'est déroulée entre 2018 et 2019. La période de récolte de données s'est faite au début de la grossesse car c'est à ce moment-là que des examens d'anomalies sont faits auprès des femmes enceintes de manière systématique en Grèce.

L'objectif de la recherche visait à ressortir des données concernant les avortements à l'adolescence et les facteurs engendrés par ceux-ci (multiparité, tabagisme).

Le recrutement n'est pas explicitement développé dans l'article, ce n'est que la mention et justification de la période de ce dernier, qui a eu lieu dans le troisième département universitaire d'obstétrique et gynécologie de l'Université Aristote de Thessalonique en Grèce.

Les résultats de l'étude démontrent que les femmes ayant subi un avortement ou plus dans le passé étaient également plus susceptibles d'avoir eu un avortement à l'adolescence. Presque 10% des participantes ont déclaré avoir subi au moins un avortement entre les 15 et 19 ans. Il a également été relevé que les fumeuses actuelles étaient aussi plus susceptibles d'avoir vécu un avortement à l'adolescence que les non-fumeuses. Selon l'étude, ceci suggère une association entre les deux sans prouver une relation de cause à effet direct.

L'étude met alors en avant l'utilisation de ces données afin de créer une base statistique à un niveau européen. L'importance d'une éducation sexuelle adéquate et accessible est également relevée comme indispensable à un changement.

Article N°10 : « Women's experiences of having an early medical abortion at home »(Hedqvist et al., 2016)

L'étude se déroule en Suède. C'est une étude transversale descriptive et comparative. La population visée sont les femmes qui vivent un avortement

médicamenteux précoce à domicile. Les auteur·e·s cherchent à évaluer l'expérience des femmes ayant subi un avortement médical précoce à domicile et à étudier les différences éventuelles entre les groupes de femmes.

Une infirmière assistante de recherche s'est chargée du recrutement des participantes, au centre de planning familial ambulatoire d'un hôpital universitaire en Suède, entre novembre 2012 et février 2013. Celles-ci devaient avoir subi un avortement à domicile et être suédoise ou anglophone. La collecte des données s'est faite par des entretiens téléphoniques. Les femmes ont été classées dans divers groupes : femmes plus jeunes/ plus âgées, avec partenaire/ sans partenaire, avec enfant/ sans enfant, avortement antérieur/ pas d'avortement antérieur, âge gestationnel de 4-7 semaines/ âge gestationnel de 8-9 semaines.

Les résultats significatifs $p \leq 0,05$ de cette étude, démontre que les femmes étaient en manque d'informations sur les saignements suite à l'avortement ainsi que sur l'intensité des douleurs. Les femmes ayant déjà eu recours à un avortement ou à un accouchement auparavant, disaient avoir moins de douleurs que les femmes pour qui c'était une première grossesse. 1/5 des femmes ont dit que les moyens de soulagement de la douleur étaient mauvais ou très mauvais. 1/4 des patientes ont pris des analgésiques supplémentaires pendant l'avortement. Certaines femmes ont pris plus d'analgésiques que ce qui était recommandé et certaines ont pris des analgésiques sur une longue durée. La moitié des femmes de l'étude disent

avoir eu des saignements plus abondants que prévu et ne pas avoir reçu d'informations à ce sujet. 13% des femmes ont eu des saignements pendant plus de 5 semaines, alors que le planning familial estimait les pertes de sang à 4 semaines maximum. Les chercheurs avaient dit aux femmes d'effectuer un test de grossesse dans les 4-6 semaines suivant l'avortement, cependant, la moitié des femmes n'en n'avait pas fait un, car elles disaient ne pas avoir de signes de grossesse. Durant l'avortement, 12% des femmes étaient seules, malgré les recommandations du planning familial. En effet, il y a des risques et un besoin de soutien lors d'un avortement. Les femmes ont également exprimé qu'elles auraient voulu avoir des informations sur l'expulsion de l'embryon.

Article N°11 « Patient choice of adjunctive nonpharmacologic pain management during first-trimester abortion : a randomized controlled trial »(Tschann et al., 2018)

L'étude s'est déroulée à Honolulu, à Hawaii, au Département d'obstétrique, de gynécologie et de la santé des femmes. L'étude est une étude randomisée contrôlée. Les participantes ont été assignées au hasard à un groupe contrôle et un groupe intervention. Le groupe contrôle a reçu les soins standards pour un avortement chirurgical par aspiration lors du premier trimestre et le groupe contrôle a pu choisir l'adjonction de moyens non

pharmacologiques pour la gestion de la douleur. Les participantes ont donné leur consentement éclairé avant de participer.

La population visée est celle des femmes âgées d'au moins 14 ans, ayant consenti à un avortement chirurgical à moins de 14 semaines de gestation.

Les scores de douleur et d'anxiété ont été évalués à l'aide d'une échelle visuelle analogique à plusieurs reprises avant, pendant et après la procédure.

Au total 74 femmes ont été incluses dans l'étude, d'après les critères d'éligibilité, toutes venant pour un avortement chirurgical. L'âge des participantes allait de 17 à 45 ans avec un âge gestationnel de 28 à 94 jours.

Les résultats de cette étude montrent qu'il n'y a pas de différence entre les groupes au niveau de la douleur, ainsi que sur la durée de l'intervention et sur l'évaluation par le médecin de la difficulté de l'intervention. Les scores de douleur ont diminué dix minutes après la fin de l'intervention. Les médecins ont sous-estimé la douleur des participantes. Les moyens non pharmacologiques n'auraient pas d'incidence sur la douleur, toutefois les résultats n'ont pas été interprétés individuellement selon l'intervention choisie. Les moyens non pharmacologiques auraient une influence positive sur le fait de réduire l'anxiété avant les procédures invasives. En effet, les scores d'anxiété auraient diminué de 11.5 points sur l'échelle VAS de 100mm, chez les patientes ayant reçu des moyens non pharmacologiques pour la gestion de la douleur.

Article 12 : « Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy »(Andersson et al., 2014)

L'étude se déroule à Stockholm, en Suède. C'est une étude qualitative, avec des entretiens semi-structurés. Le devis, bien que non explicité, est un devis transversal. La population étudiée est celle des infirmières/ sages-femmes qui travaillent dans des unités de soins gynécologiques et qui participent aux procédures d'avortements. Le but de cette étude est de comprendre les perceptions et les expériences des infirmières/ des sages-femmes, qui participent à la prise en soins des femmes subissant une intervention médicale d'urgence lors de leur deuxième trimestre de grossesse.

Le recrutement s'est fait via des invitations données lors de six réunions sur le lieu de travail, vingt-et-une infirmières et sages-femmes ont répondu à des entretiens semi-structurés, afin de récolter des informations sur leurs perceptions et leurs expériences.

Un cas hypothétique d'une jeune femme ayant subi un avortement répété au deuxième trimestre et exprimant une douleur émotionnelle, a été utilisé pour saisir les points de vue des personnes interrogées sur les soins aux patientes. Un entretien pilote a été enregistré sur vidéo et le produit a été discuté avec dix étudiant-e-s chercheurs. Après avoir retranscrit les entretiens, ils ont procédé à une analyse de contenu. De plus, ils se sont livrés à une analyse thématique qui a en commun un contenu issu des entretiens et des personnes dans un contexte donné.

Suite à une discussion, quatorze items ont été identifiés pour décrire la manière dont les infirmières et sages-femmes exprimaient leurs émotions et leurs pensées. Ceci a été regroupé en deux thèmes : « le soi professionnel » et « le soi personnel ».

Le nombre de participants était de dix-sept infirmières et quatre sages-femmes, âgées de 25 à 59 ans, avec une expérience de soins liée aux avortements allant de deux mois à 17ans. Il ressort de l'analyse, qu'il peut y avoir un conflit entre « le soi professionnel » et « le soi personnel », entre ce que les infirmières doivent faire dans le cadre de leurs obligations et leurs pensées profondes. Il est démontré que la gestion des situations difficiles et la compréhension des femmes subissant un avortement, devient plus facile avec l'expérience et les connaissances. Le sentiment de soutenir les droits des femmes permet de surmonter les difficultés liées aux avortements. Pour les participantes, il est très important d'avoir une attitude non critique et être respectueux est très important.

Certaines personnes ont manifesté des contradictions dans leurs opinions, leurs attitudes et leurs émotions, notamment lors de période de gestation avancée. Les infirmières et sages-femmes disent avoir du mal à parler de leur métier à leurs proches. Par peur d'être mal comprises, elles hésitent à parler de leur implication dans les soins liés à l'avortement du deuxième trimestre. Les infirmières impliquées dans ces prises en soins nécessitent un mentorat et un soutien par l'équipe. Il est important de

débriefer et d'avoir des discussions portant sur l'éthique avec les collègues et des conseillers plus expérimentés pour que les infirmières puissent évoluer dans leur rôle professionnel.

Les participantes évoquaient des difficultés à soulager la douleur de leurs patientes et devaient trouver d'autres moyens de la soulager, en étant présent et à l'écoute. Les infirmières reçoivent une formation en emploi afin d'être préparées aux situations d'avortement. Il ressort aussi beaucoup de sentiments négatifs en ce qui concerne les manipulations du fœtus ou de parties de fœtus, ainsi que sur la répression de leurs émotions. Néanmoins, elles se rassurent, car leur travail est essentiel et cela vaut la peine de surmonter les sentiments désagréables.

5.3. Identification des grands thèmes

Au travers des différents articles analysés, douze au total, différents thèmes ressortent et se rassemblent, permettant de répondre à notre question de recherche. Les axes identifiés sont : l'éducation sexuelle, l'accompagnement psychologique, la gestion de la douleur et l'attitude soignante. Ceux-ci sont explicités ci-dessous par les auteur·e·s.

5.3.1. Éducation sexuelle

D'après les résultats des recherches effectuées, le manque de connaissances liées à la santé sexuelle aura un impact.

En premier lieu, on notera l'impact des facteurs individuels, que l'on retrouvera notamment dans l'article numéro 1 (Bell et al., 2014). La vision des adolescentes quant à leur avenir et à leur orientation future aura également un impact sur leur choix. Les adolescentes avec un intérêt plus accru pour leurs projets de carrière et pensant avoir la vie qu'elle souhaiterait dans le futur, optaient plutôt pour l'IVG.

On observe également, dans l'article numéro 6 (Jalanko et al., 2020), que d'autres facteurs individuels, tels que la classe sociale et le niveau d'éducation impacteront la prévalence de grossesse à l'adolescence et les différents choix de résolution de grossesse. On remarque que les adolescentes avec un niveau d'éducation plus élevé seraient moins susceptibles de vivre une grossesse à l'adolescence. Une différence de niveau d'éducation serait également notable entre les adolescentes enceintes qui décident de poursuivre leur grossesse et celles qui décident d'y mettre un terme. D'après cette étude, les adolescentes choisissant d'interrompre celle-ci auraient un niveau d'éducation plus élevé que celles qui choisissent de la poursuivre.

Ces indicateurs nous montrent qu'au travers de l'éducation sexuelle et d'un accompagnement adapté des adolescent·e·s nous pouvons agir sur ces facteurs. Par exemple, en travaillant sur sa vision de l'avenir, nous pouvons

ainsi lui permettre de faire un choix congruent avec ses valeurs quant au choix de la résolution de la grossesse.

De plus, en lien avec le niveau d'éducation global, on pourrait penser que la prévalence de grossesse à l'adolescence et le choix de la résolution, c'est-à-dire poursuivre ou interrompre la grossesse est en lien avec le niveau d'éducation sexuelle reçue par celles-ci. En tant qu'infirmier·ère scolaire ou dans d'autres contextes comme en unité psychiatrique pour les adolescent·e·s ou encore dans la promotion de la santé, nous pouvons améliorer la qualité de l'éducation sexuelle auprès des adolescent·e·s.

De surcroît, dans l'article numéro 9 (Tsakiridis et al., 2020), on remarque que pour maintenir un niveau bas de prévalence de grossesse à l'adolescence, une éducation sexuelle adaptée est recommandée.

Dans d'autres articles, on remarque l'importance de la qualité des informations transmises. Dans l'article numéro 4 (Mahanaimy et al., 2022), les bénéficiaires parlent notamment de l'impact du vocabulaire utilisé par les prestataires de soins, sur leur vécu de la prestation. Le manque d'accès à l'information est décrit dans cet article, mais aussi dans l'article numéro 2 (Georgsson et al., 2019) où les femmes témoignent d'un manque de préparation lié aux informations insuffisantes, voire de mauvaise qualité. Effectivement, d'après cette étude, il serait difficile de trouver des informations de qualité concernant l'obstétrique sur internet. Ce qui a pour impact, une

augmentation de l'anxiété lié aux évènements inattendus au cours du processus de l'avortement.

Il en est de même dans l'article numéro 10 (Hedqvist et al., 2016), où les femmes ayant recours à un avortement à domicile témoignent d'un manque de préparation lié aux saignements et à leur durée, aux douleurs et à leur intensité ainsi qu'à l'expulsion de l'embryon provoquée par l'intervention. En outre, différentes recommandations quant au processus d'avortement à domicile n'ont pas été suivies par les bénéficiaires, ce qui pourrait découler d'une éducation thérapeutique pas assez soutenue de la part des prestataires.

Ces résultats font écho aux interviews menés au cours de notre problématique auprès de jeunes femmes ayant eu recours à une IVG. Effectivement, celles-ci s'étaient senties désemparées quant au processus d'avortement, notamment lors de l'expulsion de l'embryon.

Il est également intéressant de remarquer que l'éducation des soignant·e·s quant à l'avortement a un impact sur la prise en soins des bénéficiaires, comme on peut le relever de l'article numéro 12 (Andersson et al., 2014). En réalité, la prise en charge d'une IVG peut créer de l'anxiété et des conflits de valeurs pour certaines soignantes. Dans l'article numéro 12 (Andersson et al., 2014) les prestataires témoignent de la projection de leur propre anxiété sur les femmes soignées. Toutefois, même si les soignantes plus expérimentées exprimaient moins de difficultés, les résultats néanmoins suggèrent la nécessité d'une formation, d'un encadrement et d'un soutien pour les professionnel·le·s.

5.3.2. Accompagnement psychologique

Une autre thématique ressortant de nos recherches est celle du besoin de soutien émotionnel, que l'on retrouvera dans l'article numéro 3 (Chor et al., 2015) notamment. Dans celui-ci, on observe que le soutien émotionnel apporté par une Doula est bénéfique et permet d'améliorer la qualité de vie des femmes dans une procédure d'avortement.

En outre, dans l'article numéro 10 (Hedqvist et al., 2016), on remarque qu'une des recommandations du planning familial quant à l'IVG à domicile est d'être accompagnée pendant la procédure. De plus, dans l'article numéro 11 (Tschann et al., 2018), on remarque également qu'une grande partie de l'échantillon n'a pas pu être sélectionnée pour la recherche, car elles préféraient être accompagnée par un proche, ce qui était un critère

d'exclusion. Les auteurs de cet article recommandent notamment de poursuivre des recherches sur les bénéfices d'un soutien émotionnel dans la gestion de l'anxiété et de la douleur liées à une IVG.

En tant que professionnel·le de la santé, il est de notre ressort d'apporter un soutien émotionnel au travers d'un accompagnement adapté dans des procédures difficiles comme celle d'une interruption volontaire de grossesse. Effectivement, on remarque par exemple dans l'article numéro 6 (Jalanko et al., 2020) qu'une prévalence de diagnostic psychiatrique est plus élevée chez les femmes ayant eu une grossesse à l'adolescence. Dans l'article numéro 8 (Sullins, 2016), on observe également que l'avortement est associé à un risque accru de détresse mentale et de troubles mentaux. Selon l'étude, l'intervention serait associée à un risque plus élevé de consommation de substance psychoactive, un risque de dépression, de troubles anxieux et de troubles affectifs. De plus, les résultats démontrent que le risque est plus élevé chez les adolescentes. En outre, on observera également dans l'article 9 (Tsakiridis et al., 2020), que les IVG sont associées à une prévalence plus élevée de tabagisme.

De plus, dans l'article numéro 7, on observe que la moitié des étudiantes ayant subi un avortement souhaiteraient bénéficier d'un suivi psychologique pour faire face à leur détresse. Effectivement dans cette étude on observe également une incidence de détresse persistante après un avortement de 50%.

Ce qui nous amène à valoriser notre rôle d'accompagnant en tant que soignant, en offrant non seulement une écoute active, mais également en offrant la possibilité à ces personnes d'accéder à un suivi psychologique adapté à leurs besoins.

5.3.3. Gestion de la douleur

Une autre grande thématique ressortant de notre analyse est celle de la gestion de la douleur. Effectivement l'interruption de grossesse est une intervention douloureuse pour laquelle des antalgiques sont nécessaires. Notamment dans l'article numéro 5 (Kemppainen et al., 2020), on observe qu'une prophylaxie à base d'ibuprofène et de paracétamol est prescrite lors des IVG médicamenteuses. Dans cette étude, les femmes ont souvent eu recours à des antalgiques supplémentaires de type opioïdes, afin de pallier leurs douleurs. On notera également que la douleur la plus intense était ressentie deux à trois heures après l'administration du misoprostol. De surcroît, cette étude démontre également que la douleur était souvent plus longue et moins tolérable chez les adolescentes que chez les femmes adultes.

Dans l'article numéro 10 (Hedqvist et al., 2016), une femme sur cinq témoigne d'une mauvaise gestion de la douleur et un quart d'entre elles ont pris des antalgiques supplémentaires. De plus, que ce soit à une dose plus élevée ou sur une durée plus longue, certaines femmes n'ont pas suivi les recommandations médicales en ce qui concerne l'antalgie liée à leur avortement.

Des facteurs de risque liés à une douleur plus intense ont été décelés dans les articles analysés. Par exemple, des antécédents de dysménorrhées dans l'article numéro 5, ou encore une première grossesse dans l'article numéro 10, sont décrits comme des facteurs de risques pour une douleur plus élevée.

En outre, on retrouve dans l'article numéro 12, que les soins aux patientes souffrant de douleur ont été décrits comme difficiles par les soignantes, liés à une frustration de ne pas réussir à pallier celle-ci. Dans ces cas, l'infirmière doit trouver d'autres moyens pour soulager la douleur, par exemple en étant présente et à l'écoute.

De surcroît, d'après l'article 11, aucun résultat significatif n'est ressorti quant à l'efficacité des moyens non pharmaceutiques dans la gestion de la douleur lors de l'avortement chirurgical. Toutefois, il ressort de cet article que le choix dans la gestion de la douleur et l'implication des bénéficiaires dans leur prise en charge, permettent à celles-ci de diminuer leur anxiété vis-à-vis du processus.

Ces constats questionnent sur les protocoles en vigueur liés à l'antalgie lors des interruptions volontaires de grossesses. Éventuellement, des antalgiques d'un palier 2 ou 3 pourraient être proposés selon des protocoles de gestion de la douleur plus stricts, avec une EVA plus régulière.

5.3.4. Attitude soignante

Il ressort de l'analyse des articles, que l'attitude soignante a un impact important sur le bien-être des bénéficiaires lors du processus de l'avortement. La bienveillance, le soutien, le respect du choix de la patiente et l'intégration de celle-ci, représentent des facteurs clés pour réussir à améliorer la qualité de la prise en soins.

Dans l'article numéro 12 (Andersson et al., 2014), les femmes expriment que pour elles, l'attitude non critique et le respect des soignantes est très important. De plus, dans l'article numéro 11 (Tschann et al., 2018), on comprend que l'implication de la patiente dans sa prise en soins et dans le choix des moyens non pharmacologiques de gestion de la douleur, a un impact sur le niveau d'anxiété de celle-ci. En lien avec la notion de patient-partenaire, le fait de favoriser la prise de décision dans sa prise en soins permet à la personne d'être actrice de celle-ci et non de la subir.

Dans d'autres articles, comme dans l'article numéro 10 (Hedqvist et al., 2016), on remarque que certaines indications ne sont pas suivies par les bénéficiaires et l'on pourrait se questionner sur le lien thérapeutique établi. Si celui-ci n'est pas assez fort, il pourrait expliquer le manque d'observances aux recommandations médicales.

L'impact de l'attitude des prestataires est exprimé dans l'article numéro 4 (Mahanaimy et al., 2022). Dans celui-ci, les bénéficiaires expriment le rôle des soignant-e-s sur l'expérience vécue, au travers notamment du vocabulaire

utilisé et de la qualité des informations transmises par ceux-ci. Ce qui fait écho aux résultats de l'article numéro 2 (Georgsson et al., 2019), dans lequel les patientes expriment des craintes liées aux événements inattendus lors du processus d'avortement. D'où l'importance de la qualité des informations transmises qui s'opère au-travers d'un lien thérapeutique fort.

Le soutien émotionnel, que l'on retrouve dans l'axe de l'accompagnement psychologique, fait partie intégrante du rôle soignant. Comme on le constate dans l'article numéro 3 (Chor et al., 2015), où l'on observe que le soutien d'une Doula permet d'améliorer la qualité du vécu de l'intervention, on pourrait donc, en tant que soignant·e, apporter ce soutien émotionnel aux bénéficiaires.

5.3.5. Conclusion

En conclusion, ces quatre axes permettent d'apporter des réponses à notre question de recherche : *Quelles interventions infirmières, permettent d'améliorer la qualité de vie des adolescentes, dans une démarche d'interruption volontaire de grossesse ?* C'est-à-dire, qu'au travers de l'éducation sexuelle, de l'accompagnement psychologique, de la gestion de la douleur et de l'attitude soignante, nous pouvons agir sur la qualité de vie des adolescentes dans un processus d'IVG. Les perspectives plus concrètes pour la pratique se retrouvent dans le point suivant.

5.4. Perspectives et recommandations pour la pratique

En se basant sur les résultats des recherches et analyses, les auteur·e·s retrouvent diverses propositions de perspectives et de recommandations en ce qui concerne la perspective infirmière.

Dans un premier temps, il ressort que la manière dont les adolescentes enceintes envisagent leur avenir aurait un fort lien avec leur prise de décision quant à la résolution de leur grossesse, soit l'interrompre ou la poursuivre (Bell et al., 2014). Dans la pratique infirmière, il s'agirait, lors de prises en soins avec ces patientes, d'avoir une posture leur permettant de s'exprimer, par exemple en démontrant de l'empathie, une écoute active et posture de non-jugement accompagnée d'un vocabulaire adapté (Mahanaimy et al., 2022). En effet, en ce qui concerne le vocabulaire, une étude démontre que lorsque l'on discute de ce sujet avec les patientes, le choix des termes employés par les soignant·e·s peut avoir un grand impact sur la vision des adolescentes vis-à-vis de l'attitude soignante. De manière majoritaire, les termes considérés les plus adéquats pour décrire la grossesse étaient *inattendus* et/ou *involontaires* (Mahanaimy et al., 2022).

Afin d'améliorer davantage le rôle infirmier en matière d'information à l'adolescente, une formation spécifique est suggérée pour les professionnels de santé afin que ces transmissions soient adéquates et permettent un soutien psychosocial dans le contexte de l'avortement (Georgsson et al., 2019). Se former permet également de se rassurer en tant que professionnel·le quant à

ses capacités, et ainsi éviter un transfert d'anxiété, induite par un manque d'expérience, à la patiente (Andersson et al., 2014).

L'approche thérapeutique devrait être basée sur une prise en soins où la patiente se trouve au centre de celle-ci. Ce qui lui permet d'avoir un accès à des informations claires et précises quant aux types de procédures possibles vis-à-vis de sa situation (Mahanaimy et al., 2022). Toujours dans une approche d'inclusivité, l'éducation sexuelle, adaptée aux besoins individuels de la patiente, est mise en évidence afin de promouvoir une sexualité saine et positive chez les jeunes (Georgsson et al., 2019).

La thématique de l'éducation sexuelle, ressortant dans diverses études, est souvent mise en avant, en quelque sorte comme un facteur protecteur, qui vaudrait donc la peine de développer dans les prises en soins infirmières. D'un point de vue statistique, celle-ci pourrait avoir un impact sur la diminution du risque de morbidité psychiatrique à long terme (Jalanko et al., 2020). Sur ce même plan, l'importance d'une éducation sexuelle adéquate peut être appuyée en utilisant comme moyen pratique les données ressorties des études. Mettant en avant la perception que les adolescentes ont sur l'avortement et donc permettant de promouvoir une utilisation efficace des méthodes de contraception (Mahanaimy et al., 2022; Tsakiridis et al., 2020).

En ce qui concerne l'approche psychologique dans le rôle infirmier, il serait nécessaire d'affiner les évaluations lorsque les infirmier·ère·s sont confronté·e·s à des situations pré-avortement à l'adolescence afin de pouvoir

identifier les attentes, les capacités d'adaptation et les facteurs de risque (de la grossesse/ de l'avortement) chez la patiente. Afin de pouvoir agir sur de potentielles séquelles post-avortement, un suivi devrait également être mis en place pour déterminer, entre autres, le risque suicidaire ou de dépression. Le rôle de l'infirmier·ère serait finalement, d'informer une fois de plus, mais aussi de procéder aux démarches nécessaires pour mettre en place ce suivi de manière complète.

D'autres propositions possibles auprès de l'adolescente seraient notamment de lui mettre à disposition des ressources. Citons en exemple : informer de l'existence de groupes de soutien, proposer de la littérature ou des sites web, faire état des services de santé mentale, ou encore d'autres options alternatives à l'avortement telle que l'adoption (Curley & Johnston, 2013; Sullins, 2016).

Une étude a démontré que la mise en place d'un soutien Doula, un accompagnement connu et démontré comme bénéfique durant la période de grossesse dans de précédentes recherches, peut également apporter un soutien moral lors des procédures d'interruption de grossesse. Un impact positif sur les expériences vécues, ainsi qu'un intérêt de la part des bénéficiaires est fortement ressorti, bien que ce soutien n'ait pas eu d'effet significatif en ce qui concerne la gestion de la douleur (Chor et al., 2015). En tant qu'infirmier·ère, il serait possible de mettre en avant cet

accompagnement, une fois de plus en informant les adolescentes de cette possibilité, lorsqu'elle est disponible dans les services.

Sachant que la gestion de la douleur est également un axe important dans le contexte d'avortement, il fait partie du rôle infirmier d'effectuer des évaluations plus fréquentes et soutenues afin d'évaluer un potentiel manque d'efficacité antalgique. Lors d'interruptions de grossesses médicamenteuses, nous savons, grâce aux études, durant quels moments les douleurs les plus intenses surviennent. En se basant sur ces données, il serait possible d'agir en collaboration avec les médecins afin de proposer une administration d'analgésiques en prophylaxie aux patientes (Kemppainen et al., 2020). D'autres situations nécessitant une plus grosse dose d'antalgie ou d'antalgies supplémentaires, comme dans les cas de premières grossesses et d'antécédents de dysménorrhée, ce serait à l'infirmier·ère d'évaluer ces besoins spécifiques à la personne, par exemple en menant des anamnèses plus complètes (Hedqvist et al., 2016). En plus de la gestion de la douleur, d'autres phénomènes tels que le risque de nausées-vomissements, lors d'interruptions de grossesse volontaires médicamenteuses, pourraient davantage être évités en proposant, toujours en inter-collaboration, des antiémétiques (Kemppainen et al., 2020).

En dehors de la collaboration avec les médecins, il fait partie de la responsabilité infirmière de veiller à une bonne gestion des traitements. Ceci

inclut donc non seulement l'administration (sous ordre médical) mais aussi les surveillances quant aux signes et symptômes associés.

D'autres types d'informations, axées sur l'interruption de grossesse volontaire médicamenteuse et son déroulement, engloberaient de s'assurer que la patiente possède des connaissances complètes quant à l'expulsion de l'embryon. De même, nous devrions les informer quant aux saignements post-avortement et le risque, même que minime, de continuation de grossesse, qui nous amène à l'importance de sensibiliser les adolescentes à effectuer des tests de grossesse, 4 à 6 semaines, post-avortement (Hedqvist et al., 2016).

L'utilisation de musique d'ambiance a été démontrée comme un facteur améliorant la satisfaction des patientes lors des interventions. Il est donc suggéré d'utiliser des moyens non pharmacologiques pour la gestion de la douleur et pour réduire le niveau d'anxiété. L'infirmier·ère pourrait donc, lors de ses interventions et évaluations auprès de l'adolescente, proposer l'utilisation, ou informer sur l'existence de ces moyens (Tschann et al., 2018).

Chapitre 6 : Conclusions

6.1. Présentation de la conclusion

Dans ce chapitre, les auteur·e·s présentent tout d'abord ce que l'élaboration du travail de Bachelor leur a apporté. Ensuite, ils mettent en évidence les éléments ayant facilités ou entravés la réalisation de ce travail. En conclusion, les auteur·e·s mettent en avant les perspectives de recherches.

6.2. Apport de ce travail

L'exécution du présent a permis aux auteur·e·s d'acquérir de nouvelles connaissances sur le sujet des interruptions volontaires de grossesse à l'adolescence. Ils-elles ont pu mettre en pratique leurs connaissances en termes de recherche et d'analyse scientifique, afin d'obtenir des résultats basés sur des données probantes.

Premièrement, les auteur·e·s ont pu se rendre compte de l'impact d'une interruption volontaire de grossesse sur la qualité de vie des adolescentes, après avoir fait des recherches sur les différentes causes et facteurs de risques qui menaient les jeunes femmes à avoir une grossesse précoce à l'adolescence. Ils-elles se sont aperçu-e-s qu'il y avait un manque d'informations concernant la procédure de l'IVG, notamment en lien avec la douleur, la vision de l'embryon et les saignements post-avortement. En effet le vocabulaire utilisé par les professionnel·el·s de la santé et les informations données sur internet ne permettent pas aux patientes d'avoir les informations nécessaires sur le sujet des interruptions volontaires de grossesse. Cela impacte beaucoup les jeunes femmes qui ont plus tendance à développer de

l'anxiété. Il est important d'avoir accès à une éducation sexuelle adaptée et de qualité, dans le but de prévenir et d'informer les jeunes des risques et des conséquences d'une grossesse précoce ainsi que d'une interruption volontaire de grossesse.

Les auteur·e·s ont pu découvrir que les facteurs individuels, l'environnement et le milieu social ainsi que le niveau d'éducation, influençaient les adolescentes dans la prise de décision concernant leur grossesse. L'éducation sexuelle et un accompagnement adapté des adolescentes permettent d'agir sur ces facteurs afin que la jeune femme puisse faire un choix éclairé et congruent avec ses valeurs personnelles.

Les soignant·e·s peuvent rencontrer des difficultés dans la prise en soins des adolescentes ayant recours à une IVG, quand cela entraîne un conflit entre le « soi personnel » et le « soi professionnel ». Il est donc nécessaire pour les professionnel·le·s de suivre une formation, d'être soutenu·e·s et encadré·e·s.

Les adolescentes ont besoin d'un soutien émotionnel durant la procédure de l'avortement. C'est également aux professionnels de la santé d'apporter ce soutien par un accompagnement psychologique adapté lors de la prise en soins. En effet, l'avortement est associé à un risque accru de troubles mentaux avec un taux élevé de consommation de substances psychoactives, de dépression, de troubles anxieux et affectifs, ainsi qu'une consommation de cannabis plus élevée. Il est ressorti des études, un besoin d'avoir un suivi psychologique post-avortement.

Le dernier grand thème ressortant des études, était celui de la gestion de la douleur. Bien que les femmes reçoivent une prophylaxie, les douleurs sont souvent plus intenses et plus longues chez les adolescentes, ce qui nécessite des antalgiques supplémentaires. Pour les soignant-e-s, la prise en soins des douleurs est difficile, car les moyens non pharmacologiques ne sont pas efficaces. Il ressort des études que les protocoles de gestion de la douleur devraient être plus rigoureux avec une évaluation de la douleur plus régulière.

Les chercheur-euse-s ont tenté d'avoir une vision holistique sur la prise en soins globale d'une adolescente subissant une IVG. Ils-elles ont découvert un thème passionnant et ont assimilé de nombreuses connaissances sur le sujet. Il a été compliqué au départ de trouver un thème qui convenait à tous les membres du groupe et d'en faire une problématique. Cependant, au fur et à mesure de nos recherches, nous nous sommes entendu-e-s pour travailler sur les IVG.

Pour mener à bien ce travail, une bonne cohésion de groupe a été nécessaire. Les auteur-e-s ont su mettre en place des stratégies afin de s'organiser et de collaborer de manière efficace. Ils-elles ont dû prévoir des moments dans leurs emplois du temps afin de faire des recherches et de rédiger les textes contenus dans cet ouvrage. Il a parfois été difficile d'adapter l'emploi du temps à cet objet, en tenant compte des périodes de formation pratique, de formation théorique et de la vie privée de chacun-e. Dans ce travail, les tâches se sont distribuées de manière équitable, en prenant en

considération les forces et les limites de chaque membre du groupe. Les chercheurs ont également pu développer des compétences en soins infirmiers tels que la collaboration, la communication et le leadership.

6.3. Limites

Suite aux recherches sur les différentes bases de données, les auteur·e·s ont constaté que peu d'articles traitaient de la problématique de l'interruption volontaire de grossesse chez les adolescentes. Il a donc fallu qu'ils-elles adaptent la sélection des articles en incluant des études portant sur les femmes adultes. Les résultats ont toutefois pu être transféré à leur population de recherche. Les articles sont soit quantitatifs soit qualitatifs, voire mixtes. La question de recherches concerne les interventions infirmières pouvant améliorer la qualité de vie des adolescentes dans une démarche d'interruption volontaire de grossesse. Dû au manque de recherches spécifiques sur le sujet, les auteur·e·s ont fait le choix de s'arrêter à douze articles, alors que la limite maximale se trouvait à quinze articles. Le nombre d'articles peut donc également constituer une limite. Ils-elles auraient pu élargir leurs recherches sur d'autres bases de données ou faire des recherches sur un domaine plus vaste, cependant ils-elles n'en n'ont pas eu le temps ni l'opportunité.

La difficulté principale des auteur·e·s a été un manque de confiance dans l'avancée de leurs démarches face à l'ampleur du travail. En effet, il a été compliqué pour eux-elles de trouver une problématique prioritaire et de faire le tri parmi les informations récoltées. Néanmoins, au fur et à mesure de l'avancée du travail, les membres du groupe ont su prendre confiance et avancer de manière plus efficace.

6.4. Perspectives pour la recherche

En se basant sur les résultats des recherches et analyses, les auteur·e·s émettent diverses propositions de perspectives pour la recherche.

Premièrement, concernant la prise de décision des adolescentes quant à la résolution de grossesse, des recherches permettant de mieux comprendre les facteurs impactant la décision, seraient nécessaires. Des recherches longitudinales supplémentaires seraient indiquées, afin de clarifier la relation entre l'orientation future des adolescentes et la décision prise par celles-ci (Bell et al., 2014). Dans la même idée, des recherches supplémentaires permettant de mieux comprendre les expériences vécues et les besoins de cette population vis-à-vis des grossesses indésirées seraient indiquées (Georgsson et al., 2019 ; Mahanaimy et al., 2022). En plus d'apporter des perspectives quant à la pratique infirmière, les résultats offriraient aussi des horizons pour le développement des politiques publiques et des programmes d'éducation sexuelle (Georgsson et al., 2019).

L'identification de symptômes spécifiques chez les adolescentes ayant subi un avortement a été possible grâce aux recherches. Ainsi, celles-ci mettent en avant la nécessité de la mise en place de dépistages, de suivis post-interventionnels et de prévention de détresse psychologique après un avortement. Afin de mieux comprendre les facteurs associés à cet impact émotionnel, plus de recherches sont nécessaires (Curley & Johnston, 2013).

Le risque accru de troubles mentaux ayant été démontré en lien avec l'avortement, il faudrait continuer d'explorer cette thématique à travers des recherches (Sullins, 2016).

La création d'une base de données à un niveau européen, concernant les interruptions volontaires de grossesse à l'adolescence, serait possible grâce aux données acquises (Tsakiridis et al., 2020). De plus, afin de recevoir des suivis de qualité, un accès aux services de santé doit être mis à disposition. Éventuellement, une aide financière pourrait jouer un rôle d'aide important et venir diminuer les inégalités sociales de santé (Jalanko et al., 2020).

Lors de suivis en ambulatoire, fournir des comprimés opioïdes faibles, tels que le Tramadol, serait une proposition basée sur les résultats de recherche. Concernant la prévention des nausées et vomissements, il y a une nécessité de mise à jour des protocoles d'intervention (Kemppainen et al., 2020). Il n'existe pas de confirmation d'une diminution de la douleur durant la procédure chez les adolescentes ayant des antécédents d'avortement. Il serait

donc nécessaire de faire plus de recherches basées sur ces situations spécifiques (Hedqvist et al., 2016).

D'un point de vue non pharmacologique, la gestion de la douleur pourrait être approchée sans ce type de traitements. Une grande partie de participantes à une étude ont préféré avoir un·e accompagnateur·trice dans la salle d'intervention, ce qui justifierait le besoin d'examiner cette présence par de futures études face à la gestion de la douleur (Tschann et al., 2018).

Les études confirment également le besoin de la mise en place de formations spécifiques ainsi que d'un encadrement et d'un soutien pour les professionnel-le-s de la santé, ceci afin de palier un éventuel manque d'expérience (Andersson et al., 2014). Dans le cadre des formations, celle de Doula, dans un cadre d'interruption volontaire de grossesse, s'est révélée comme attirant l'intérêt d'une grande partie des femmes ayant subi cette intervention, avec et sans ce soutien spécifique, en exprimant le souhait de vouloir se former à leur tour (Chor et al., 2015).

Chapitre 7 : Références

Références

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists AND THEIR WORK* (8th ed.).
- Andersson, I. M., Gemzell-Danielsson, K., & Christensson, K. (2014). Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy. *Contraception*, 89(5), 460–465. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.01.012>
- Archimi, A., & Delgrande Jordan, Marina. (2014). *Vulnérabilité aux comportements à risque à l'adolescence : définition, opérationnalisation et description des principaux corrélats chez les 11-15 ans de Suisse*. Sucht Schweiz.
- Bell, E. R., Glover, L., & Alexander, T. (2014). An exploration of pregnant teenagers' views of the future and their decisions to continue or terminate their pregnancy: Implications for nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17–18), 2503–2514. <https://doi.org/10.1111/jocn.12431>
- Bridwell, R. E., Long, B., Montrieff, T., & Gottlieb, M. (2022). Post-abortion Complications: A Narrative Review for Emergency Clinicians. In *Western Journal of Emergency Medicine* (Vol. 23, Issue 6, pp. 919–925). eScholarship. <https://doi.org/10.5811/westjem.2022.8.57929>
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. In *Source* (Vol. 1, Issue 1).
- Carson, A., Fellow, P., Paynter, M., Candidate, R., Norman, W. V, Associate Professor, Mhs., Munro, S., Professor, A., Roussel, J., Dunn, S., Bryant-Lukosius, D., Professor, A., Begun, S., Assistant Professor, R., Martin-Misener, R., & Professor, F. (2022). *Optimizing the Nursing Role in Abortion Care: Considerations for Health Equity*.
- Chor, J., Hill, B., Martins, S., Mistretta, S., Patel, A., & Gilliam, M. (2015). Doula support during first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 212(1), 45.e1–45.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.06.052>
- Confédération Suisse. (2022). *Santé des enfants et des jeunes*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-kinder-jugendgesundheit.html>
- Curley, M., & Johnston, C. (2013). The characteristics and severity of psychological distress after abortion among university students. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 40(3), 279–293. <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9328-0>
- Dadoorian, D. (2007). Grossesses adolescentes. *Le Journal Des Psychologues*, 252(9), 72. <https://doi.org/10.3917/jdp.252.0072>

- Discour, V. (2011). Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. *Les Cahiers Dynamiques*, 50(1), 40. <https://doi.org/10.3917/lcd.050.0040>
- Dolto, F., & Dolto, C. (2018). *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard* (Gallimard Jeunesse Giboulées, Ed.).
- Douville, O. (2010). Du rituel et de l'adolescence aujourd'hui. *Adolescence*, T. 28 n°4(4), 873–886. <https://doi.org/10.3917/ado.074.0873>
- Erik H. ERIKSON. (1994). *Identity and The Life Cycle* (W.W.Northon edition). <https://ebookcentral.proquest.com/lib/hesso/reader.action?docID=496282>
- État de Vaud. (2019). *Interruption de Grossesse*. <https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/pour-les-professionnels/interruption-de-grossesse>
- Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J. Y., Timmerman, D., Jalmbrant, M., & Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Human Reproduction Update*, 24(6), 731–749. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy025>
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2012). *Structure and Use of Nursing Knowledge*. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/hesso/detail.action?docID=1109626>.
- Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E., & Carlsson, T. (2019). Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 24(5), 380–389. <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1647334>
- GSN. (2021). *Besoins et attentes des jeunes neuchâtelois·es pour l'éducation en santé sexuelle*.
- Hedqvist, M., Brolin, L., Tydén, T., & Larsson, M. (2016). Women's experiences of having an early medical abortion at home. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 9, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.07.003>
- Jalanko, E., Leppälahti, S., Heikinheimo, O., & Gissler, M. (2020). The Risk of Psychiatric Morbidity Following Teenage Induced Abortion and Childbirth—A Longitudinal Study From Finland. *Journal of Adolescent Health*, 66(3), 345–351. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.08.027>
- Kemppainen, V., Mentula, M., Palkama, V., & Heikinheimo, O. (2020). Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women.

- Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 99(12), 1603–1610.
<https://doi.org/10.1111/aogs.13920>
- L. Chinn, P., & K. Kramer, M. (2014). *Knowledge Development in Nursing - Theory and Process*.
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/hesso/detail.action?docID=1109626>.
- Le Den, M. (2012). Les indicateurs des grossesses à l'adolescence en France. *Sciences Sociales et Santé*, 30(1), 85.
<https://doi.org/10.3917/sss.301.0085>
- Mahanaimy, M., Gerdts, C., & Moseson, H. (2022). What constitutes a good healthcare experience for unintended pregnancy? A qualitative study among young people in California. *Culture, Health and Sexuality*, 24(3), 330–343. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1840631>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory* (Springer Publishing Company, Ed.).
- Miels-Québec. (2020). *Les Déterminants de la santé et la prévention du VIH*.
<https://miels.org/determinants-de-la-sante-sexuelle-et-globale/>
- Nations Unies - Droits de l'Homme. (2012). *Adolescents*.
- OFS. (2021). *11 000 interruptions de grossesse en Suisse en 2021 et un taux similaire à celui de 2020*.
- Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Commission des Déterminants sociaux de la Santé*.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-fr.pdf
- Philibert, L., & Lapierre, J. (2022). Analyse des dimensions d'influence de la grossesse chez les adolescentes de 13 à 19 ans dans les départements du Nord et du Nord-Est d'Haïti. *Sexologies*, 31(2), 107–116.
<https://doi.org/10.1016/J.SEXOL.2022.01.001>
- Pienkowski, C., & Cartault, A. (2018). Contraception de l'adolescente. RPC Contraception CNGOF. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 46(12), 858–864. <https://doi.org/10.1016/J.GOFS.2018.10.034>
- Ralph, L., Gould, H., Baker, A., & Foster, D. G. (n.d.). *The Role of Parents and Partners in Minors' Decisions to Have an Abortion and Anticipated Coping After Abortion*.
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. (2022). *Making Abortion Safe*. www.cla.co.uk].
- Santé Sexuelle. (2021). *Interruption de Grossesse*. <https://www.sante-sexuelle.ch/themes/grossesse-voulue-non-voulue/interrompre#histoire-de-l-interruption-de-grossesse-en-suisse>

- Service de la Santé Publique de Neuchâtel. (2019). *Interruption volontaire de grossesse (IVG)*. <https://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/medecin-cantonal/Pages/Interruption-Volontaire-de-Grossesse.aspx#:~:text=L'interruption%20de%20grossesse%20pendant,%20en%20signant%20un%20formulaire>
- sex-i.ch. (2014). *Interruption de grossesse (Informations et centres de consultation)*. www.migesplus.ch
- Sillamy, N. (1991). *Dictionnaire de la Psychologie*.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005>
- Sullins, D. P. (2016). Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood: Thirteen-year longitudinal evidence from the United States. *SAGE Open Medicine*, 4. <https://doi.org/10.1177/2050312116665997>
- Tsakiridis, I., Mamopoulos, A., Athanasiadis, A., & Dagklis, T. (2020). Trends in Induced Abortions in Greece: A Cross-sectional Study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 33(2), 149–152. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.11.006>
- Tschann, M., Salcedo, J., Soon, R., & Kaneshiro, B. (2018). Patient choice of adjunctive nonpharmacologic pain management during first-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Contraception*, 98(3), 205–209. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.05.007>

Chapitre 8 : Annexes

Annexe 1 : grille de Tétreault de l'article 1

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ An exploration of pregnant teenagers' views of the future and their decisions to continue or terminate their pregnancy: implications for nursing care ▪ Une exploration de la vision de l'avenir des adolescentes enceintes et de leurs décisions de poursuivre ou d'interrompre leur grossesse : implications pour les soins infirmiers ▪ Les thèmes sont : l'avenir, la grossesse à l'adolescence, décision de poursuivre ou d'interrompre une grossesse, les soins infirmiers ▪ Le titre réfère à la population adolescente et tente de comprendre leur vision de l'avenir par rapport au choix de poursuivre ou d'interrompre une grossesse
Auteurs-es	<p>Les auteurs sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Emily R Bell, ClinPsyD, Clinical Psychologist, CAMHS, Lincolnshire Partnership NHS Foundation Trust, Lincoln; ▪ Lesley Glover, PhD, Senior Lecturer, Department of Clinical Psychology and Psychological Therapies, University of Hull, Hull, UK ▪ Tim Alexander, PhD, Research Co-ordinator, Department of Clinical Psychology and Psychological Therapies, University of Hull, Hull, UK
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les mots-clés sont : avenir, décision de résolution de grossesse, stéréotypes, grossesse chez les adolescentes, interruption de grossesse
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'objectif de la recherche est d'explorer la vision des adolescentes de leur futur en lien avec leur choix de poursuivre ou de mettre un terme à leur grossesse. ▪ Trois groupes ont participé à l'étude, un groupe d'adolescentes qui avait choisi de mettre un terme à leur grossesse (n=19), un groupe d'adolescentes qui allait poursuivre leur grossesse (n=9) et un groupe d'adolescentes qui n'a jamais été enceinte (n=23). Les participantes étaient âgées de 13 à 18 ans. ▪ Les résultats ont démontré des différences entre les groupes quant aux aspects individuels et à l'orientation future. Le groupe interruption de grossesse avait des

	projets plus clairement élaborés et à plus long terme en mettant l'accent sur la carrière. Le groupe qui n'a jamais été enceinte partageait des aspects de leur orientation future avec les deux autres groupes. L'impact du discours négatif des autres à propos de la grossesse à l'adolescence a été identifié comme un problème. En outre, la vision des adolescentes enceintes quant à leur future a un impact sur leur choix de poursuivre ou de mettre un terme à leur grossesse.
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> D'après les résultats, travailler avec les adolescentes pour clarifier la vision de l'avenir peut être utile pour prévenir les grossesses non désirées et pour les aider à prendre une décision quant à leur grossesse. Il y a également un bénéfice à aider les adolescentes à se distancier des stéréotypes négatifs sur la grossesse à l'adolescence.
Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Explorer la vision de l'avenir des adolescentes en ce qui concerne leur choix de poursuivre ou d'interrompre une grossesse. Les objectifs de recherche de cette étude sont les suivants : 1. Explorer la FO (Future Orientation) des adolescentes et la manière dont elle est liée aux choix de poursuivre ou d'interrompre la grossesse. 2. Examiner les différences entre le FO des adolescentes qui choisissent de poursuivre ou d'interrompre leur grossesse. 3. Comparer le FO des adolescentes enceintes avec celui des adolescentes qui ne l'ont jamais été. 4. Explorer les raisons que les adolescentes donnent pour choisir de poursuivre ou d'interrompre leur grossesse.
Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> L'article ne mentionne pas de concepts théoriques spécifiques.

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les variables importantes sont : L'orientation future des adolescentes ; le choix de poursuivre ou d'interrompre la grossesse ; les raisons que les adolescentes donnent pour poursuivre ou interrompre leur grossesse ; les différences
------------------------	--

	<p>entre l'orientation future des adolescentes enceintes et celles qui ne l'ont jamais été.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explorer l'orientation future des adolescentes et comment elle est liée à leurs choix quant à leur grossesse ; Explorer les différences entre d'orientation future entre les adolescentes enceintes et celles qui ne l'ont jamais été ; Explorer les raisons que les adolescentes donnent pour poursuivre ou interrompre leur grossesse. <p>Aucune hypothèses de recherche spécifique n'est mentionné. Cependant, l'étude se base sur la théorie selon laquelle les perspectives des adolescentes peuvent influencer leur décision de poursuivre ou d'interrompre leur grossesse. Les auteurs supposent également que les différences culturelles et les stéréotypes sociaux peuvent jouer un rôle dans la façon dont les adolescentes envisagent leur avenir et prennent des décisions en matière de grossesse.</p>
Devis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il s'agit d'une étude exploratoire transversale à méthodes mixtes. ▪ Les données ont été collectées à partir de questionnaires. Un cadre multifactoriel a été utilisé pour étudier l'orientation future des adolescentes. ▪ L'étude a été approuvée par le comité local d'éthique de la recherche et par les procédures de gouvernance de la recherche du NHS trust. Tous les jeunes qui ont participé à l'étude ont donné leur consentement éclairé.
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La population visée par l'étude était des adolescentes âgées de 16 à 19 ans qui étaient enceintes. ▪ Les participantes ont été recrutées lorsqu'elles se rendaient à leur rendez-vous médicaux. ▪ Les données ont été collectées à partir de deux groupes différents : un groupe d'adolescentes enceintes qui ont choisi de poursuivre leur grossesse, et un groupe d'adolescentes qui ont choisi d'avoir une interruption volontaire de grossesse. Des données ont également été récolté auprès d'un groupe témoin supplémentaire d'adolescentes qui n'ont jamais été enceintes. ▪ Pour les groupes contrôles, les adolescentes devaient être âgées de 13 à 18 ans et être enceintes. Les adolescentes enceintes de plus de 14 semaines ont été exclues, car les jeunes femmes ne pouvaient plus avoir d'interruption de grossesse. Pour le groupe témoins, elles devaient être âgées entre 13 à 18 ans, n'ayant jamais été enceinte. ▪ La taille de l'échantillon a été justifié en fonction de la taille de la population dans laquelle les participantes ont été recrutés.

	<ul style="list-style-type: none"> Les groupes contrôles sont ceux des adolescentes enceintes avec un groupe qui décide de poursuivre la grossesse et un groupe qui décide de l'interrompre.
Choix des outils de collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> Il est indiqué que le questionnaire comprenait des questions à l'échelle de Likert qui mesuraient l'orientation future des participantes par rapport aux composantes cognitives, motivationnelles et comportementales du modèle d'orientation future de Seginer (Seginer 2005). Cette étude comprenait des questions évaluées sur une échelle de Likert en quatre points les participants devaient évaluer leur accord ou leur désaccord avec les déclarations proposées sur une échelle allant de 1 à 4, où 1 correspondait à "pas du tout d'accord" et 4 correspondait à "tout à fait d'accord". Il n'y a pas eu plusieurs temps de collecte. Les variables dépendantes sont les composantes cognitives, motivationnelles et comportementales du modèle de FO de Seginer (Seginer 2005). Les variables indépendantes sont basées sur les choix de la résolution de grossesse entre trois groupe de femmes, celles qui ont choisi une interruption volontaire de grossesse (IVG) sans pression externe (groupe NP), celles qui ont choisi une IVG sous pression externe (groupe ToP) et celles qui ont choisi de poursuivre leur grossesse (groupe AN).
Interventions ou programmes (si applicable)	<ul style="list-style-type: none"> Aucune intervention n'a été proposé.
Méthode d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> L'analyse quantitative a été réalisée à l'aide de Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, version 16; SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Des tests non paramétriques ont été utilisés en raison de la petite taille de l'échantillon. Il est également indiqué que des tests chi-carré multiples ont été utilisés pour la plupart des données obtenues.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> L'échantillon était composé de 27 adolescentes enceintes, dont 9 ont choisi une interruption volontaire de grossesse sous pression externe, 9 ont choisi une IVG sans pression externe et 9 ont choisi de poursuivre leur grossesse. L'âge moyen des participantes était de 16,5 ans, avec un écart-type de 1,2 ans. Les groupes étaient composés exclusivement d'adolescentes blanches, sauf le groupe qui a choisi une IVG sans pression externe était composé d'une majorité d'adolescentes blanches et d'une minorité d'adolescentes noires. Il n'y avait pas de différence

	<p>significative entre les groupes qui a choisi une IVG sous pression externe et celui qui a choisi de poursuivre la grossesse en termes d'âge gestationnel moyen au moment de la collecte des données. Cependant, l'âge moyen des participantes était significativement différent entre les trois groupes. Le groupe qui a choisi l'IVG sans pression externe était plus jeune que les groupes qui a choisi l'IVG sous pression externe et celui qui a choisi de poursuivre.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des précisions sur l'âge moyen des participantes et l'origine ethnique sont donnés dans le tableau numéro 1. ▪ D'après l'analyse du chi carré, il n'y a aucun résultat significatif entre le choix de la résolution de grossesse et l'une des six sous-composantes du modèle d'orientation future. ▪ Des éléments entre le choix de la résolution de grossesse et des facteurs individuels ont été identifiés qui ont été regroupés ainsi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Attentes motivationnelles, contrôle et valeur <p>Le groupe ToP affirme qu'elles auraient plus de chances à avoir la vie qu'elles souhaiteraient (89-5%). On observe aussi que le groupe ToP était plus inquiet et incertain face à l'avenir que le groupe AN et tout aussi inquiet que le groupe NP mais avec toutefois plus de pensées négatives. De plus, 100% du groupe ToP a montré que les facteurs internes étaient importants. Le groupe ToP pensait que la réussite dans la vie dépend des efforts déployés et des compétences acquises. Aucune différence vis-à-vis de la valeur de la motivation n'a été signalée.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Représentation cognitive <p>Il n'y a eu aucune différence statistique dans les données quantitatives.</p> <p>Le groupe ToP mentionnait des représentations cognitives de l'avenir plus souvent que les autres groupes. Le groupe ToP mentionne plus souvent des plans de carrière et de famille. Le groupe AN a obtenu le score le plus bas sur les questions liées aux préoccupations personnelles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exploration du comportement et engagement <p>Le groupe ToP a recherché plus d'informations sur l'avenir et envisagé plus d'alternatives que les autres groupes.</p> <p>Il semble y avoir moins de variation dans le groupe ToP sur la mesure d'un adolescent à savoir si ses idées sur l'avenir lui conviennent ou non.</p> <p>Le groupe ToP déclaraient plus fréquemment avoir fait quelque chose pour leur éducation et leur carrière que les autres groupes. Le groupe AN déclare avoir fait qu'un peu pour accomplir leurs objectifs dans la vie (73.7%), contre</p>
--	---

		(26.3%) du groupe ToP et (26.1%) du groupe NP) qui a déclaré avoir fait beaucoup pour atteindre leur objectif.
Discussion		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il n'y a pas de résumé des résultats. ▪ Les résultats ont montré des différences significatives entre les choix de résolution de grossesse et les éléments individuels des composantes du modèle FO, mais aucune relation significative n'a été trouvée entre le choix de la résolution de grossesse et l'une des six sous-composantes du modèle FO. Les auteurs ont conclu que ces résultats pourraient aider à mieux comprendre les facteurs qui influencent les décisions liées à la grossesse chez les adolescentes et pourraient être utilisés pour informer le développement d'interventions visant à améliorer la santé reproductive des adolescentes. ▪ Les résultats ne se rattachent pas à d'autres études.
Recommandations suggestions	&	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il n'y a pas de recommandation pour la recherche. Toutefois, Les auteurs ont noté que des recherches longitudinales seraient nécessaires pour clarifier la relation entre la FO et les décisions liées à la grossesse chez les adolescentes ▪ Les limites de l'études sont les suivantes : il s'agit d'une étude à petite échelle, une influence de l'étude peut être exercé sur les récits et le processus de décision
Conclusions		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les résultats ont montré des différences significatives entre les choix de résolution de grossesse et les éléments individuels des composantes du modèle FO, mais aucune relation significative n'a été trouvée entre le choix de la résolution de grossesse et l'une des six sous-composantes du modèle FO. Les auteurs ont conclu que ces résultats pourraient être utilisés pour informer le développement d'interventions visant à améliorer la santé reproductive des adolescentes. ▪ Les résultats ont montré des différences significatives entre les choix de résolution de grossesse et les éléments individuels des composantes du modèle FO
PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE		
Méthodologie		
Questions de recherche		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est la vision de l'avenir des adolescentes enceintes qui décide de poursuivre ou d'interrompre leur grossesse.

	<ul style="list-style-type: none"> Les composantes de la question sont les adolescentes, la vision de l'orientation future, la décision de poursuivre ou d'interrompre une grossesse et les soins infirmiers
Devis	<ul style="list-style-type: none"> Il s'agit d'une étude exploratoire transversale à méthodes mixtes. Les données ont été collectées à partir de deux groupes différents : un groupe d'adolescentes enceintes qui ont choisi de poursuivre leur grossesse, et un groupe d'adolescentes qui ont choisi d'avoir une interruption volontaire de grossesse. Des données ont également été récoltées auprès d'un groupe témoin supplémentaire d'adolescentes qui n'ont jamais été enceintes. Les données ont été collectées à partir de questionnaires. Un cadre multifactoriel a été utilisé pour étudier l'orientation future des adolescentes. L'étude a été approuvée par le comité local d'éthique de la recherche et par les procédures de gouvernance de la recherche du NHS trust. Tous les jeunes qui ont participé à l'étude ont donné leur consentement éclairé
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> La population visée par l'étude était des adolescentes âgées de 16 à 19 ans qui étaient enceintes. Les participants ont été recrutés lorsqu'ils se rendaient à leur rendez-vous médicaux. Pour les groupes contrôles, les adolescentes devaient être âgées de 13 à 18 ans et être enceintes. Les adolescentes enceintes de plus de 14 semaines ont été exclues, car les jeunes femmes ne pouvaient plus avoir d'interruption de grossesse. Pour le groupe témoins, elles devaient être âgées entre 13 à 18 ans, n'ayant jamais été enceinte. La taille de l'échantillon a été justifiée en fonction de la taille de la population dans laquelle les participantes ont été recrutées. Les groupes contrôles sont ceux des adolescentes enceintes avec un groupe qui décide de poursuivre la grossesse et un groupe qui décide de l'interrompre.
Choix des outils de collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> Il est indiqué que le questionnaire comprenait des questions à l'échelle de Likert qui mesuraient l'orientation future des participantes par rapport aux composantes cognitives, motivationnelles et comportementales du modèle d'orientation future de Seginer (Seginer 2005). Cette étude comprenait des questions évaluées sur une échelle de Likert en quatre points les participants devaient évaluer leur accord ou leur désaccord avec les déclarations proposées sur une échelle allant de 1 à 4, où 1

	<p>correspondait à "pas du tout d'accord" et 4 correspondait à "tout à fait d'accord".</p> <ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas eu plusieurs temps de collecte.
Méthode d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> Un processus transparent d'analyse des données a été suivi pour les données qualitatives. Tous les thèmes ont été étayés par des citations des participants et ont été discutés et examinés par le premier et le deuxième auteurs. Des comparaisons ont été effectuées entre les groupes dans le cadre de l'analyse du contenu, mais elles n'ont pas été établies sur une base statistique ; il s'agit plutôt d'observations concernant des tendances apparentes dans les données. Il est indiqué que les thèmes ont été identifiés à partir des données qualitatives et étayés par des citations des participantes. Les auteurs ont suivi un processus transparent d'analyse des données pour les données qualitatives, qui a impliqué une analyse du contenu et des comparaisons entre les groupes. Il n'est pas précisé si un logiciel de classement a été utilisé pour faciliter cette analyse.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> Les raisons du choix de l'interruption ou non de la grossesse sont présentées par thèmes et sous-thèmes dans le tableau 2 tableaux. Thème 1 - <i>être adolescente</i> : la majorité du groupe ToP a mentionné « l'étape de la vie » comme raison de leur choix, en suggérant qu'elles étaient trop jeunes. Thème 2 - <i>l'avenir</i> : dans chaque groupe des « projets éducatifs » et des « projets familiaux » avaient été pris en compte pour leur décision. Le groupe ToP a mentionné plus fréquemment des « plans de carrières » comme facteur et des commentaires quant à « la volonté à renoncer à leurs projets » a été faite dans les deux groupes. Le groupe Top étant moins enclin à renoncer à leurs projets que le groupe An. Thème 3 – <i>ressources</i> : les deux groupes ont mentionné leurs « propres ressources » et « leurs ressources financières » dans la décision. Les participantes du groupe AN ont mentionné plus souvent que le groupe ToP le « soutien des ressources ». Le groupe ToP considéraient avoir un manque de soutien comparé au groupe AN. Thème 4 – <i>attitudes</i> : plus de la moitié du groupe ToP considérait « ce que pense les gens » dans leur processus de décision. « le propre égard quant à l'IVG » était plus considéré dans le groupe AN. Thème 5 – <i>l'impact sur les autres</i> : les adolescentes du groupe ToP considéraient « l'impact sur la famille » et

		<p>« l'impact sur le petit ami » plus que le groupe AN. Dans les groupes les participantes considéraient « l'impact sur leur enfant » et « l'impact sur leur futur enfant ».</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thème 6 – <i>l'expérience de la grossesse</i> : des participantes dans les deux groupes ont considéré leur « propres expériences passées » dans leur choix actuel. ▪ Thème 7 – le processus de décision : les participantes des deux groupes ont commenté « la facilité de la prise de décision », le groupe ToP trouvant la décision plus facile que le groupe AN. Les participantes ont mentionné de manière égale dans les deux groupes « savoir immédiatement » leur choix. Plus de participantes du groupe ToP ont mentionnées quelque chose qui a « aidé à la décision », comme le conseil aux autres. ▪ Le thème – <i>discours négatifs</i> a émergé de l'analyse du contenu. Un certain nombre de participantes du groupe ToP pensent que les adolescentes enceintes sont perçues négativement ou encore que leur situation sociale serait négative. Dans les deux groupes des stéréotypes quant à la maternité à l'adolescence sont ressortis.
Discussion		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les résultats ont montré des différences significatives entre les choix de résolution de grossesse et les éléments individuels des composantes du modèle FO, mais aucune relation significative n'a été trouvée entre le choix de la résolution de grossesse et l'une des six sous-composantes du modèle FO. Les auteurs ont conclu que ces résultats pourraient aider à mieux comprendre les facteurs qui influencent les décisions liées à la grossesse chez les adolescentes et pourraient être utilisés pour informer le développement d'interventions visant à améliorer la santé reproductive des adolescents. ▪ Les résultats ne se rattachent pas à d'autres études.
Recommandations suggestions	&	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il n'y a pas de recommandation pour la recherche. Toutefois, Les auteurs ont noté que des recherches longitudinales seraient nécessaires pour clarifier la relation entre la FO et les décisions liées à la grossesse chez les adolescentes. ▪ Les limites de l'étude sont les suivantes : il s'agit d'une étude à petite échelle, une influence de l'étude peut être exercée sur les récits et le processus de décision.

Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les résultats de cette étude suggèrent que la façon dont les adolescentes enceinte envisagent l'avenir a un lien avec leur décision d'interrompre ou de poursuivre leur grossesse. ▪ Des recherches supplémentaires devraient être effectuées.
-------------	---

Annexe 2 : grille de Tétreault de l'article 2

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS

Identification du titre et du résumé

Titre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abortion-related worries, fears and preparedness : a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study ▪ Inquiétudes, craintes et préparation liées à l'avortement : une étude qualitative exploratoire et rétrospective menée sur Internet en Suède. ▪ Les thèmes abordés sont les inquiétudes lié à l'avortement.? ▪ Le titre se réfère aux femmes qui s'apprêtent à subir un avortement
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Susanne Georgsson (Collège universitaire de la Croix-Rouge suédoise, Huddinge, Suède ; Département des sciences cliniques, de l'intervention et de la technologie, Karolinska Institutet, Stockholm, Suède) ▪ Stina Krautmeyer (Département des sciences de la promotion de la santé, Université Sophiahemmet, Stockholm, Suède) ▪ Emilia Sundqvist (Département des sciences de la promotion de la santé, Université Sophiahemmet, Stockholm, Suède) ▪ Tommy Carlsson (Département des sciences de la promotion de la santé, Université Sophiahemmet, Stockholm, Suède ; Département de la santé des femmes et des enfants, Université d'Uppsala, Uppsala, Suède).
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information sur la santé des consommateurs ; peur ; avortement provoqué ; préparation ; inquiétude

Résumé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'objectif de la recherche est d'explorer les inquiétudes, les craintes et la préparation liées à l'expérience vécue d'un avortement provoqué ▪ Pour la méthode une enquête en ligne a été menée auprès de 185 femmes, les personnes ont répondu à des questions ouvertes et se sont auto-évaluées rétrospectivement sur leurs inquiétudes, leurs craintes, leur état de préparation et leur satisfaction à l'égard des informations obtenues par les professionnels de la santé ▪ Les résultats démontrent que les inquiétudes et les craintes étaient liées au processus d'avortement, aux réactions physiques et aux aspects psychosociaux. L'avortement a été associé à des événements inattendus, comme le processus d'avortement en soit, le traitement et le soutien médiocre des professionnels de la santé mais aussi les effets secondaires et les complications.
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans l'introduction de l'article, les auteurs justifient leur étude en soulignant que peu d'études ont été menées sur les préoccupations, les craintes et la préparation des femmes avant une interruption volontaire de grossesse (IVG) en Suède. Les auteurs soulignent également que la plupart des études antérieures se sont concentrées sur les conséquences physiques et psychologiques de l'IVG, plutôt que sur les expériences et les émotions des femmes avant l'IVG. ▪ La pertinence de cet article est qu'il fournit une compréhension plus approfondie des préoccupations, des craintes et de la préparation des femmes avant une IVG en Suède. Cela peut aider à améliorer la qualité des soins de santé reproductive pour ces femmes. L'étude repose principalement sur des données qualitatives recueillies à partir d'une enquête en ligne exploratoire et rétrospective menée auprès de femmes ayant subi une IVG en Suède. Les données ont été analysées à l'aide d'une analyse qualitative du contenu latent.
Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les objectifs sont de comprendre les préoccupations, les craintes et la préparation des femmes avant une IVG en Suède, ainsi que d'explorer comment ces

	<p>expériences peuvent être utilisées pour améliorer la qualité des soins de santé reproductive pour ces femmes. Les questions de recherche sont également présentées dans l'introduction. Les auteurs se demandent notamment : - Quelles sont les principales préoccupations et craintes des femmes avant une IVG en Suède ? - Comment se préparent-elles à l'IVG ? - Quels sont les facteurs qui influencent leur expérience avant l'IVG ? - Comment ces expériences peuvent-elles être utilisées pour améliorer la qualité des soins de santé reproductive pour ces femmes ?</p>
Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'article ne mentionne pas de concepts théoriques spécifiques.

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La question de recherche de l'étude est la suivante : "Quelles sont les préoccupations, les craintes et la préparation des femmes avant une IVG en Suède ?" Les composantes de cette question sont : Les préoccupations des femmes avant une IVG ; Les craintes des femmes avant une IVG ; La préparation des femmes avant une IVG ; Le contexte dans lequel ces expériences se produisent (en Suède)
Devis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude utilise une méthode de recherche qualitative exploratoire et rétrospective. Dans l'ensemble, le devis de l'étude est bien détaillé, avec des informations claires sur la méthodologie utilisée pour recueillir et analyser les données. ▪ Les auteurs détaillent le processus de recrutement des participants, qui ont été invités à participer à l'enquête en ligne via des annonces sur les réseaux sociaux et des sites Web d'information sur la santé reproductive. Les auteurs expliquent également comment les données ont été collectées et analysées, en utilisant une analyse qualitative du contenu latent pour identifier les thèmes émergents dans les réponses des participantes. ▪ Au niveau éthique, les participantes ont signé un consentement éclairé et les données ont été anonymisées puis confidentialisées en utilisant un système de stockage. Les auteurs ont soumis leur étude

	<p>à l'examen du comité d'éthique régional d'Uppsala, en Suède, qui a approuvé la méthodologie de l'étude et a déterminé qu'elle ne nécessitait pas d'approbation formelle en raison de l'anonymat des données collectées.</p>
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> La population est celle des personnes ayant subi une interruption volontaire de grossesse. Les critères d'inclusion pour les participantes à l'étude étaient les suivants : Être une femme âgée de 18 ans ou plus ; Avoir subi une interruption volontaire de grossesse (IVG) en Suède au cours des cinq dernières années ; Avoir accès à Internet et être capable de lire et d'écrire en suédois. Les critères d'exclusion étaient les suivants : Avoir subi une IVG en dehors de la Suède ; Être incapable de lire ou d'écrire en suédois ; Être mineure (moins de 18 ans) ; Avoir subi une IVG plus de cinq ans avant le début de l'étude.
Choix des outils de collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire en ligne, qui a été rempli par les participantes à l'étude. Les auteurs ont utilisé une stratégie d'échantillonnage de commodité pour recruter les participants via des forums de discussion publics et des réseaux sociaux en Suède. Les participantes ont rempli le questionnaire en ligne entre octobre 2017 et juillet 2018.
Méthode d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives en utilisant RStudio, version 1.0.143 (RStudio, Boston, MA, USA). Les réponses aux questions ouvertes ont été analysées à l'aide d'une analyse de contenu qualitative inspirée par l'approche présentée par Graneheim et Lundman [21]. Les unités de sens ont été identifiées et définies comme des mots, des phrases ou des paragraphes qui faisaient référence à une expérience spécifique et à un contexte. Ces unités ont ensuite été regroupées en sous-thèmes et thèmes pour interpréter les fils conducteurs et les significations sous-jacentes qui illustraient les expériences décrites par les répondants. Les auteurs ont procédé à l'analyse des données eux-mêmes. Le PDF ne mentionne pas explicitement l'utilisation d'un logiciel de classification pour l'analyse de contenu qualitative.

	<ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas de précisions sur la validation scientifique des données.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats sont présentés sous forme de thème, sous-thème et catégories. Thème 1 : inquiétudes et craintes Sous-thèmes : 1 - liées à la procédure d'avortement, 2 - liées aux réactions physiques, 3 - liées aux aspects psychosociaux (17 catégories) Thème 2 : événements inattendus et complications dues au manque de préparation Sous-thèmes : 1-liés au processus d'avortement, 2- traitement médiocre par un professionnel de la santé et soutien, 3- effet secondaires et complications (37 catégories) Thème 3 : information insuffisantes et de mauvaise qualité entraînant une incertitude sur la procédure d'avortement Sous-thèmes : 1- informations insuffisantes, 2- difficulté à trouver des informations de qualité sur Internet, 3- informations incongrues par rapport à l'expérience réelle de l'avortement (18 catégories)
Discussion	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats indiquent que les répondants ont exprimé une grande variété d'expériences et de sentiments liés à leur sexualité, y compris des expériences positives et négatives. Les thèmes identifiés comprenaient la communication, l'identité sexuelle, les relations sexuelles, la santé sexuelle et reproductive, les normes sociales et culturelles, ainsi que les expériences de discrimination et de stigmatisation. Les résultats ont montré que les personnes interrogées avaient éprouvé diverses inquiétudes et craintes avant l'avortement et s'étaient senties modérément ou mal préparées. Divers événements durant le processus d'avortement ont été inattendus et illustrent le manque d'informations préparatoires. De plus beaucoup ont cherché des informations sur le web, mais n'ont trouvé que des informations de qualité médiocre. Conformément à d'autres études, les résultats démontrent que les avortements provoqués entraînent souvent des difficultés émotionnelles et un détresse psychologique. Un soutien psychosocial adéquat et non moralisateur de la part des professionnels de la santé est essentiel. Selon une autre étude suédoise, un aspect qui péjore l'expérience de l'avortement est l'aspect humain des soins. Des études antérieures ont prouvé que des femmes trouvaient les symptômes physiques

	<p>liés à l'avortement étaient plus grave que ce à quoi elle s'attendait, ce qui souligne le manque de préparation. Les résultats d'une autre étude soulignent l'importance d'une formation spécifique pour les professionnels de santé pour permettre d'apporter un soutien adéquat aux femmes subissant un avortement. D'autres études démontrent le manque d'informations de qualité disponible sur le Web dans le domaine de l'obstétrique. De plus, les auteurs font référence à des recherches antérieures sur la sexualité des jeunes adultes et sur l'importance de l'éducation sexuelle pour promouvoir une sexualité positive et saine. Ils soulignent également que leur étude contribue à combler une lacune dans la recherche en se concentrant sur les expériences de jeunes adultes suédois issus de minorités sexuelles, qui ont souvent été sous-représentés dans les études antérieures.</p>
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les auteurs soulignent que les résultats mettent en évidence l'importance d'une éducation sexuelle inclusive et adaptée aux besoins individuels pour promouvoir une sexualité positive et saine chez les jeunes adultes. Ils concluent en notant que ces résultats peuvent être utiles pour informer le développement de politiques publiques et de programmes d'éducation sexuelle. ▪ En ce qui concerne les limites et biais de l'étude, tout d'abord, il s'agit d'une étude exploratoire avec un échantillon de convenance recruté via des moyens basés sur le Web, tels que des forums de discussion publics et les réseaux sociaux. Par conséquent, il est possible que l'échantillon ne soit pas représentatif de la population générale ou des populations cliniques. De plus, le recrutement en ligne peut entraîner un biais de sélection et une faible validité externe en raison du risque d'auto-sélection des répondants. En outre, l'étude repose sur des données auto-déclarées, ce qui peut entraîner des biais liés à la mémoire ou à la présentation sociale. Les auteurs notent également que leur analyse qualitative est subjective et dépendante des interprétations individuelles des chercheurs. Enfin, les auteurs soulignent que leur étude a été menée dans un contexte spécifique (la Suède) et qu'il est donc possible que les résultats ne soient pas généralisables à d'autres contextes culturels ou géographiques.
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les résultats indiquent qu'il est nécessaire d'améliorer l'information, la préparation et le soutien des femmes

	<p>qui demande un avortement. En lien avec les inquiétudes, les craintes ainsi que les réactions physiques et psychosociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ces résultats peuvent être utiles pour informer le développement de politiques publiques et de programmes d'éducation sexuelle adaptés aux besoins individuels pour promouvoir une sexualité positive et saine chez les jeunes adultes issus de minorités sexuelles. En résumé, l'article répond à son objectif en fournissant des informations importantes sur les expériences sexuelles des jeunes adultes suédois issus de minorités sexuelles.
--	--

Annexe 3 : grille de Tétreault de l'article 3

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doula support during first-trimester surgical abortion : a randomized controlled trial ▪ Soutien d'une doula pendant l'avortement chirurgical du premier trimestre : un essai contrôlé randomisé ▪ Les thèmes abordés sont : le soutien doula et l'avortement chirurgical. ▪ Le titre se réfère aux femmes ayant subi un avortement chirurgical durant le premier trimestre.
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Julie Chor, MD, MPH ▪ Brandon Hill, PhD ▪ Summer Martins, MPH ▪ Stephanie Mistretta, MA, LCSW ▪ Ashlesha Patel, MD, MPH ▪ Melissa Gilliam, MD, MPH
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abortion – Avortement ▪ Doula – Doula ▪ Lay health worker - agent de santé non spécialisé
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'objectif de l'étude est d'évaluer l'impact d'un soutien doula lors des soins d'avortement de premier trimestre. ▪ L'étude se déroule en sélectionnant au hasard des participantes pour recevoir le soutien doula ou les soins de routine pendant l'avortement chirurgical de premier

	<p>trimestre. Les mesures évaluées ont été l'effet sur la douleur dans un premier temps, et dans un deuxième temps la satisfaction, la durée de la procédure et les recommandations des patientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parmi les femmes ayant reçu un soutien doula, 96.2% recommandent ce dernier durant un avortement et 60.4% affirment avoir un intérêt pour s'y former. Parmi les femmes n'ayant pas reçu de soutien, 71.6% expriment l'avoir voulu. Le support clinique supplémentaire a été demandé par 2.9% des femmes ayant reçu le soutien doula et par 14.7% du groupe de contrôle.
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude repose sur les observations suivantes : le soutien doula a un effet bénéfique auprès des femmes dans divers cadres d'expériences reproductives. Dans le cas des soins d'avortement, les doulas peuvent être une ressource importante au niveau émotionnel et de soutien social. Beaucoup de femmes traversant un avortement vivent une gestion inadéquate de la douleur. Dans ces contextes, les doulas adoptent des techniques et habiletés utilisées dans des cadres d'accouchement qui pourraient aider à la gestion de la douleur.
Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les objectifs et/ou questions de recherche ne sont pas clairement formulés mais on explique vouloir évaluer l'impact d'un soutien doula auprès des femmes subissant des avortements chirurgicaux de premier trimestres.
Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les avortements chirurgicaux de premier trimestre ; ▪ Le soutien doula auprès des femmes ; ▪ La gestion de la douleur.

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les variables ne sont pas définies dans la partie de la méthodologie mais on retrouve dans les résultats : l'âge, l'ethnie, l'âge de gestation et le nombre de grossesses précédentes.
------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier le niveau de satisfaction de l'expérience des participantes vis-à-vis de leur prise en soins ; identifier à quel niveau les femmes ayant reçu un soutien doula recommandent ce dernier et si elles seraient intéressées à s'y former ; identifier le pourcentage de femmes (n'ayant pas eu de soutien doula) qui aurait aimé avoir un soutien supplémentaire durant sa prise en soins. ▪ Il n'y a pas de mention d'hypothèses.
Devis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il s'agit d'un devis contrôlé randomisé. ▪ Les femmes ont été répartie de manière aléatoire pour recevoir un soutien Doula durant l'avortement. Les axes analysés étaient la douleur et la satisfaction de la procédure principalement. ▪ Les mesures éthiques ont été approuvées pas le comité d'éthique de l'hôpital John H. Stroger Jr de l'Université de Chicago.
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les femmes, majeures (+18) traversant une interruption de grossesse chirurgicale au premier trimestre. ▪ La sélection des participants (une partie expliquée dans les résultats) s'est faite suite à des demandes de participation (220 participants pour un total de 272 femmes approchées pour l'étude). Des critères d'inclusion ont été appliqués, tels que : un âge gestationnel de moins de 14 0/7 semaines ; des femmes âgées de 18 ans ou plus ; capables de parler et lire l'anglais ainsi que de comprendre les formulaires de consentement. Des 220 femmes, 6 ont fini par ne pas entreprendre un avortement. ▪ L'étude ne présente pas de critères d'exclusion spécifiques pour la sélection des participants pour l'étude. ▪ Il n'y a pas de précisions sur la justification de la taille de l'échantillon. ▪ La répartition se fait aléatoirement, 214 (220-6) participants en 2 groupes de 106 et 108. Le groupe témoin (106) reçoit un soutien doula et le groupe de contrôle (108) ne le reçoit pas.
Choix des outils de collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les instruments de mesure s'agissent de l'évaluation de la gestion de la douleur par les deux groupes et la nécessité/souhait ou pas d'un soutien doula. ▪ Des échelles VAS (visual analog scale) de 10 et 100 mm ont été utilisées pour une enquête

	<p>démographique et pour l'évaluation de la satisfaction vis-à-vis de l'expérience vécue.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une échelle Likert en 4 niveaux (ancrage : pas difficile et très difficile) a été utilisée pour évaluer, par le prestataire, la difficulté de la procédure. Cette évaluation a été complétée par des questionnements sur : une éventuelle intervention d'un stagiaire ; l'utilisation de médicaments antidouleurs supplémentaires ; la mise en place d'un soutien supplémentaire (en plus du personnel de la clinique) ; la production d'un événement indésirable. ▪ Il n'y a pas de mention concernant la durée de la collecte de données. Concernant le contenu, des questions générales et spécifiques ont été posées aux deux groupes afin d'évaluer les différents points déjà mentionnées (satisfaction vis-à-vis de l'expérience, ...) ▪ La variable indépendante s'agit du soutien d'une Doula pendant l'avortement. ▪ La variable dépendante principale est la perception de la douleur sur une échelle visuelle. Les secondaires étant la satisfaction et la durée de la procédure.
Interventions ou programmes (si applicable)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme de formation avant l'étude : 1 gynécologue du planning familial ayant de l'expérience dans l'accouchement et soutien à l'avortement ont mené une formation de deux jours pour les doulas. La formation était organisée en 6 conférences abordant : les aspects médicaux et psychosociaux ; les conseils et options pour les grossesses ; logistique et organisation des équipes ; pratiques techniques dont le soutien verbal, prise en soin, massages et accompagnement respiratoire et de relaxation. Les stagiaires ont été suivis et un contrôle a été mené par les formateurs avant qu'ils prennent une fonction indépendante. ▪ Interventions et leur application : ▪ Administration orale de <i>Misoprostol</i> (400 µg) et <i>Ibuprofen</i> (800 mg) avant la procédure d'avortement (protocole de la clinique) ; ▪ Les interventions sont réalisées à l'aide d'un bloc paracervical (anesthésie locale autour du col de l'utérus affectant les nerfs voisins), l'anesthésie locale reste à la décision du prestataire ; ▪ Selon protocole : présence de 1 médecin, 1 technicien chirurgical et 1 échographiste ;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soulagement de la douleur et/ou anxiété par un soutien supplémentaire effectué par un membre en plus du personnel de la clinique ; ▪ Doulas : intervention durant l'étude par 1 doula expérimentée et 2 ayant suivi la formation pré-étude ; présence avant le début de l'intervention jusqu'à la fin ainsi qu'en salle de réveil ; leur présentation est faite au début avec explication de leur rôle et techniques possibles au choix de la femme (encouragement à la communication de leurs préférences).
Méthode d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Divers tests et programmes ont été utilisés pour l'analyse statistique de l'étude : ▪ IBM SPSS pour analyser les données avec un plan d'intention pour traiter ces dernières ; ▪ Tests exacts de Fisher pour la comparaison entre les groupes vis-à-vis des caractéristiques initiales et résultats ; ▪ Wilcoxon pour l'analyse des variables.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'âge moyen des participantes était de 24.5 ans. La majorité s'identifiant comme afro-américaines (87.7%). En moyenne elles avaient eu 3.6 grossesses avant l'étude avec une moyenne de 1.6 enfants vivants pour 0.99 avortements et 0.22 fausses couches. En ce qui concerne les variables démographiques, obstétricales et gynécologiques de base il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes. ▪ Les précisions données sur les participantes sont données dans la question précédente. ▪ Résultats statistiquement significatifs ($p \leq 0,05$) : ▪ Parmi les variables démographiques toutes les caractéristiques ont une P value plus élevée que 0.18 ; ▪ La seule P value significative s'agit du besoin en un soutien supplémentaire entre les deux groupes, à 0.002 chez le groupe de contrôle (groupe non doula). ▪ Les résultats suggèrent que le soutien émotionnel et pratique de la part d'un Doula peut être bénéfique pour les femmes qui subissent un avortement du premier trimestre même s'il n'y a pas eu d'effet statistiquement significatif sur la douleur ou la satisfaction des patients dans l'étude.
Discussion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un court résumé des résultats explique qu'il a pu être constaté que les femmes ayant reçu un soutien Doula

	<p>estimaient que ce dernier devrait faire partie des soins de routine. Les femmes n'ayant pas reçu ce soutien approuvent ce ressenti. Le besoin de soutien supplémentaire était également plus élevé chez le groupe de contrôle.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'objectif de base était d'évaluer l'effet du soutien d'une Doula sur la douleur et la satisfaction des patients lors de l'avortement. Même si ce dernier n'a pas eu d'effet statistiquement significatif dans les résultats, les participantes de l'étude ont exprimé (plus de la moitié) un intérêt à ce soutien et même à suivre une formation pour devenir elles-mêmes des Doulas. Ceci suggère que le soutien émotionnel et pratique peut être bénéfique. L'hypothèse de départ n'ayant pas été confirmée, soit que le soutien Doula réduirait la douleur et améliorerait la satisfaction des patients lors de l'avortement, l'étude fournit tout de même des informations importantes sur les avantages potentiels de ce soutien pour la pratique dans ce contexte. ▪ Il n'y a pas de mention de rattachement à d'autres études dans les résultats de l'article.
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il n'y a pas de mention de recommandations/suggestions précises mais il est suggéré que les résultats nous informent sur les pratiques cliniques futures en matière de soutien émotionnel et pratique dans un contexte d'avortement. ▪ L'application des résultats dans le futur serait au niveau émotionnel et pratique. ▪ Les limites et/ou biais ne sont pas mentionnés dans l'étude.
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La majorité des participantes démontrent un intérêt pour le soutien Doula ainsi que pour la formation. ▪ Il n'y a pas de principaux résultats significatifs dans l'étude malgré l'objectif ayant été répondu de manière bénéfique pour les patientes et futurs soins.

Annexe 4 : grille de Tétreault de l'article 4

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<ul style="list-style-type: none"> What constitutes a good healthcare experience for unintended pregnancy? A qualitative study among young people in California. Qu'est-ce qui constitue une bonne expérience de soins de santé en cas de grossesse non désirée ? Une étude qualitative parmi les jeunes en Californie. Grossesses involontaires et expériences vécues. Le titre se réfère aux femmes ayant eu des grossesses involontaires ainsi qu'à la question de ce qui constitue une bonne expérience de soins pour cette population.
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> Moria Mahanaimy – Ibis Reproductive Health, Cambridge, MA, USA Caitlin Gerdt – Ibis Reproductive Health, Oakland, CA, USA Heidi Moseson – Ibis Reproductive Health, Oakland, CA, USA
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> Unplanned pregnancy – Grossesses involontaires Patient-provider interaction – Interactions patient-prestataire Healthcare expériences – Expériences de soins Social stigma – Stigmatisation sociale
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> L'objectif est d'identifier, afin de mieux comprendre, les expériences vécues par les jeunes femmes ayant vécu une grossesse involontaire et eut un accès à des soins aux USA. Il s'agit d'une étude qualitative explorant les interactions, les avis et les moyens qui pourraient être utilisés pour améliorer la prise en soins. Les résultats démontrent l'importance de mettre à disposition des femmes des options concernant leur grossesse en prenant en compte le côté non-jugement et démontant de la compréhension. Ils démontrent également qu'il faut renforcer le besoin pour les prestataires d'être conscients que leurs préjugés peuvent influencer la manière dont ils apportent les soins à la femme.

Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les grossesses involontaires/non-voulues sont un phénomène courant aux USA ; ▪ Aux USA (2016), plus de 70% des grossesses chez les femmes de moins de 25 ans sont involontaires ; ceci reflète la complexité et les incertitudes de cette étape de la vie (transition enfant-adulte) qui sont reconnues par beaucoup de professionnels et chercheurs identifiant cette population comme ayant des besoins uniques en matière de santé reproductive ; ▪ Les stigmatisations sociales derrière ce phénomène peuvent agir comme une barrière dans la recherche d'accès aux soins et avoir des impacts négatifs ; ▪ La littérature concernant les besoins en soins et les expériences des jeunes en matière de grossesse, suggère une nécessité de soins appuyant leur autonomie, un accès à des informations sans préjugés et un besoin de régler les barrières aux soins.
Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer l'accès aux soins en cas de grossesse involontaire chez une population de moins de 25 ans, les aspects positifs et négatifs des interactions vécues et identifier comment cette expérience de soins aurait pu être améliorée.
Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grossesses involontaires chez les moins de 25 ans ; ▪ La qualité des interactions patient-soignant ; ▪ Les pistes d'amélioration des soins.

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE	
Méthodologie	
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non précisée dans la partie méthodologie mais dans le titre : Qu'est ce qui constitue une bonne expérience de soins dans le cas de grossesses involontaires ?
Devis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le devis de l'étude n'est pas clairement mentionné. ▪ Le chercheur participe à l'étude en menant des entretiens semi-structurés. Il utilise un guide pour questionner les participants vis-à-vis de leurs expériences de soins en lien avec leur grossesse non désirée. Ces entretiens ont été menés en personne ou par téléphone durant environ 1 heure.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les règles éthiques ont été respectées. Un consentement clair a été obtenu auprès des participants qui ont reçu des informations écrites sur l'étude avant les entretiens. Chaque participant gardait le droit de se retirer de l'étude à n'importe quel moment. Une compensation de participation sous forme de carte cadeau de 40\$ a été offerte.
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des individus s'identifiant en tant que femmes ayant vécu une grossesse indésirée à l'âge de 25 ans ou avant ; ▪ Critères d'inclusion : recrutement via Craigslist et Flyers dans 75 endroits de la Bay Area à San Francisco ; individus âgés de 18 à 30 ans ; ayant eu une grossesse indésirée à 25 ans ou avant ; parlant Anglais/Espagnol ; individus s'identifiant comme femmes ; grossesse indésirée définie comme non planifiée ou non voulue au moment de la conception.
Choix des outils de collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Première étape : collecte de consentement ; ▪ Interview basée sur un guide semi-structuré menée soit en personne ou par téléphone (durée d'environ 1h) ; ▪ En personne : consentement récolté en direct ; distribution des informations sur l'étude en personne ; ▪ Par téléphone : consentement par oral ; informations sur l'étude lues à voix haute ou envoyées par message/mail si désirées par la personne ; ▪ Toutes les interviews ont été menées en anglais, enregistrées (audio) et transcrites par un professionnel ; ▪ Durée de la collecte des données non spécifiée ; toutefois, mentionné (dans la partie population) que le recrutement s'est fait durant une période de 11 mois (février-décembre 2016).
Méthode d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse thématique utilisant deux types de thèmes (choisis à priori et émergents) afin d'organiser les réponses aux interviews ; ▪ Deux des auteurs ont procédé à l'analyse (premier et dernier) ; les participants sont référés utilisant des pseudonymes afin de protéger l'identité (ceci est mentionné dans la partie résultats et non pas méthodologie) ; ▪ Le codage a été mené utilisant le logiciel Dedoose (un logiciel qualitatif en ligne) ; ▪ Pas de précision sur les critères de rigueur scientifiques mentionnés mais concernant les deux types de thèmes d'organisation : pas de thèmes émergents sortant des

	interviews ; décision de recherche basée sur ceci : ne pas refaire un recrutement car l'échantillon a été évalué comme suffisant pour déterminer les objectifs de l'étude et les thèmes dans les interviews étaient consistants.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les résultats sont présentés par : ▪ Recrutement ; ▪ Caractéristiques des participants et outcomes des grossesses ; ▪ Termes utilisés pour décrire la grossesse ; ▪ Interactions avec les prestataires de soins ; ▪ Support en information par les prestataires ; ▪ Attitudes des prestataires de soins ; ▪ Conseils et fourniture de contraception. ▪ Description des résultats de l'étude par thème : ▪ Recrutement ▪ 53 participations dont 37 admissibles, 6 n'ayant pas répondu après confirmation d'admission et 6 participants ne se présentant pas à l'interview ; ce qui donne un total de 25 participants ayant été interviewés. ▪ Pour chaque participant : protection identitaire par utilisation de pseudonymes ; mention de l'âge de la grossesse ; mention de l'outcome de la grossesse (moyen d'interruption en cas d'outcome = avortement) ; mention de leur ethnie. ▪ Caractéristiques des participants et outcomes des grossesses ▪ Participants issus de diverses ethnies, backgrounds socio-économiques et avec divers outcomes de grossesse. ▪ Un total de 42 grossesses involontaires ressort ; dont : 26 interruptions, 12 naissances et éducation, 2 fausses couches ; 2 des grossesses étaient encore en cours durant les interviews ; aucune adoption a été mentionnée. ▪ Termes utilisés pour décrire la grossesse ▪ Il a été demandé aux participants quels termes étaient mieux ressentis pour décrire les grossesses en question selon leur expérience. Les termes les plus courants étaient : inattendue et involontaire. Les termes moins utilisées ont été : non-planifiée et non-voulue. Certains ont utilisé les termes de surprise/accident. ▪ Interactions avec les prestataires de soins ▪ Les interactions ont été décrites dans 2 contextes : ▪ Soins relatifs à la grossesse elle-même. ▪ Soins relatifs à la prévention de futures grossesses involontaires.

- Les principaux facteurs qui ressortent pour déterminer la qualité des interactions sont le type et quantité d'informations offertes par les prestataires et l'attitude de ces derniers.
- De manière générale les deux dimensions ont été satisfaisantes.
- Support en information par les prestataires
- Besoins des participants : informations sur les options à disposition (claires, détaillées et non-jugeantes) ; descriptions sur ce à quoi s'attendre au niveau interruption/accouchement.
- Avortement : les besoins en informations ont été non satisfaisantes ; certains participants expriment que les soignants étaient bien préparés, d'autres expriment avoir eu le sentiment que ces derniers voulaient leur faire peur ou alarmer avec des détails des processus, ce qui a fait que les prestataires ont minimisé les symptômes et laissé le patient non préparé à l'expérience.
- Un point spécifique est ressorti de la part de divers participants : une peur spécifique sur l'impact que l'interruption aurait sur leur future fertilité.
- Attitudes des prestataires de soins
- L'attitude était souvent mise en lien avec le vécu positif/négatif de l'interaction.
- De la gratitude a été exprimée vis-à-vis de l'empathie, du non-jugement et mise en attention à des circonstances spécifiques identifiées durant les interactions.
- Les prestataires ayant été impolis, méprisants et jugeants ont impliqué un sentiment de critique et non-support chez les patients. Un participant en question a décrit s'être sentie jugée car elle était une jeune femme non mariée.
- Plusieurs participants ont ressorti avoir reconnu une difficulté de la part des prestataires au niveau de la ligne entre ne pas dramatiser l'expérience d'avortement et en même temps de ne pas la dépersonnaliser.
- Conseils et fourniture de contraception
- Les interactions concernant la contraception post-grossesse ont été influencés par des facteurs similaires aux rencontres précédentes.
- Les discussions ont été initiées parfois par les patients, parfois par les prestataires. Lorsque la discussion était amenée par les prestataires, celle-ci était soit bien reçue par les patients, soit ressentie comme une pression ou abordées de manière pressée.

	<ul style="list-style-type: none"> 2 participants relèvent avoir vécu un refus de la ligature des trompes dû à leur jeune âge. Une décrit que cette expérience s'est reproduite durant plusieurs années à suivre.
Discussion	<ul style="list-style-type: none"> Le premier paragraphe de la discussion résume la méthode qui a été utilisée pour la recherche de données, il mentionne de qui s'agit l'échantillon et ce qui leur a été demandé afin de répondre à la question de recherche. La recherche répond à la question en ressortant divers points sortis de l'analyse de données, et en lien avec de précédentes recherches. Ces derniers étant que : l'attitude des prestataires de soins ainsi que la qualité de leur transmission d'informations joue un rôle important dans l'expérience vécue dans divers pays ; en ce qui concerne l'apport d'informations adéquates, ce dernier ressort comme encore plus important dans cette recherche, démontrant le besoin/l'importance que ceci représente pour les jeunes ; cet accès représente également un élément primordial dans l'autonomie du patient vis-à-vis de sa prise en soins ; l'empathie et le non-jugement de la part des prestataires ressort également comme étant bénéfiques pour l'expérience mais aussi au niveau des résultats des thérapies ; un autre point pouvant améliorer l'expérience vécue par les jeunes femmes est l'accès à des informations ainsi que des propositions d'options concernant la contraception ; le vocabulaire/termes utilisé/s par les prestataires de soins influence également le ressenti des bénéficiaires Les résultats se rattachent à de précédentes études à travers des similitudes dans ces derniers concernant surtout le besoin en accès à l'information.
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> Il n'existe pas de partie recommandations/suggestions présente dans l'article et aucune n'est clairement précisée dans les parties précédentes. La première limitation de l'étude est l'aire géographique, et donc la généralisation des résultats en lien avec cette dernière. La majorité des participants résident dans une zone de San Francisco dans laquelle la disponibilité des services de santé reproductive est plus haute que dans plusieurs autres régions du pays. Les résultats pourraient donc ne pas être représentatifs des expériences des jeunes dans d'autres endroits.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une autre limitation de l'étude est le fait que l'analyse des données se base sur les souvenirs des participants concernant leurs expériences vécues.
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De manière générale l'étude répond à l'objectif en suggérant qu'une approche de soins basée sur la centralisation sur le patient devrait inclure un accès à des informations claires et complètes concernant leur situation, des options à disposition tout et des consultations de contraception en recevant de la part des soignants une prise en soins avec une attitude empathique, sans jugement et avec un vocabulaire adapté aux termes adaptés à l'interprétation de la patiente. ▪ Il n'est pas mentionné quels résultats priment sur les autres au niveau de leur importance. Tous les susmentionnés s'avèrent significatifs et contribuent à une meilleure compréhension des vécus et besoins des jeunes concernant les grossesses non désirées.

Annexe 5 : grille de Tétreault de l'article 5

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women » / « Douleurs lors de l'avortement médicalisé en début de grossesse chez les adolescentes et les femmes adultes ». ▪ Cet article aborde les thèmes de la douleur et de la gestion de la douleur chez les adolescente et les femmes adultes lors de l'avortement médicalisé en début de grossesse. ▪ Le titre se réfère à la population des adolescentes et des femmes adultes subissant un avortement médicalisé.
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Venla Kemppainen (The Department of Obstetrics and Gynecology, University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maarit Mentula (The Department of Obstetrics and Gynecology, University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland) ▪ Vilja Palkama (The Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland) ▪ Oskari Heikinheimo (The Department of Obstetrics and Gynecology, University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland)
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les mots-clés sont : l'avortement au premier trimestre, l'avortement induit, l'avortement médical, la douleur, les adolescent-e-s
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les objectifs sont d'étudier l'expérience de la douleur et le besoin d'analgésiques pendant un avortement médical précoce chez des adolescentes et des femmes adultes, ainsi que d'évaluer les facteurs prédictifs d'une douleur intense. ▪ La méthodologie consiste en une étude statistique basée sur un échantillon de commodité, avec un recrutement d'au moins 60 adolescentes et un groupe similaire d'adultes comme groupe de référence. ▪ Les résultats ont montré que les femmes ressentent de la douleur lors d'un avortement médical, mais que la gestion optimale de la douleur n'est pas claire. Les auteurs ont également identifié des facteurs prédictifs d'une douleur intense comme des antécédents de dysménorrhée.
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La justification de l'étude repose sur des constats théoriques et des observations cliniques, ainsi que sur des données statistiques. Les auteurs ont identifié un manque de connaissances sur la gestion optimale de la douleur lors de l'avortement médicalisé, ainsi que des différences potentielles dans l'expérience de la douleur entre les adolescentes et les femmes adultes. Ils ont donc mené une étude pour combler cette lacune dans la recherche et fournir des informations précieuses aux professionnels de la santé qui travaillent dans ce domaine. ▪ L'article est pertinent car il aborde un sujet important et sensible, à savoir la douleur ressentie lors de l'avortement médicalisé en début de grossesse chez les adolescentes et les femmes adultes.

Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les objectifs sont d'évaluer l'expérience de la douleur lors d'un avortement en début de grossesse, comprenant, le besoin d'analgésiques, l'adéquation de la combinaison d'AINS et de paracétamol. ▪ D'autres questions comme, « Quelles sont les différences potentielles dans l'expérience de la douleur entre les adolescentes et les femmes adultes » ? « Quels sont les facteurs prédictifs d'une douleur intense ? » « Quelle est l'acceptabilité de l'avortement médicalisé chez les adolescentes et les femmes adultes ? » et « Quel impact ces facteurs ont sur les douleurs et la peur de la douleur durant un avortement. » ▪ Un des objectifs principaux est de combler le manque de connaissance sur la gestion optimale des douleurs lors de l'avortement médicalisé.
Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude ne se base pas sur des concepts théoriques, c'est une étude empirique.

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les variables importantes sont : L'expérience de la douleur, le besoin d'analgésiques, l'adéquation de la combinaison d'ibuprofène et de paracétamol, les facteurs prédictifs d'une douleur sévère, l'acceptabilité de l'avortement médicalisé et la satisfaction des patientes par rapport à la douleur ressentie. ▪ L'objectif de cette recherche est l'évaluation de l'efficacité des analgésiques utilisés lors d'un avortement médicalisé, ainsi que l'évaluation du vécu des patientes pendant cette procédure. ▪ Il n'y a pas d'hypothèses de recherches mentionnées explicitement dans le texte, cependant en lisant la question de recherche on peut penser à ces hypothèses : <ol style="list-style-type: none"> 1. Les participants qui reçoivent la combinaison d'ibuprofène et de paracétamol auront une expérience de douleur moins intense que ceux qui ne reçoivent pas cette combinaison. 2. Les participants qui ont des antécédents de douleur chronique auront plus de chances d'avoir une douleur sévère pendant l'avortement médicalisé.
------------------------	---

	3. Les adolescentes auront plus besoin d'analgésiques supplémentaires que les femmes adultes pendant l'avortement médicalisé.
Devis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ C'est une étude prospective qui évalue l'expérience de la douleur, le besoin d'analgésiques et l'adéquation de la combinaison d'ibuprofène et de paracétamol lors d'un avortement médicalisé en début de grossesse chez des adolescentes et des femmes adultes. Les facteurs prédictifs d'une douleur sévère et le besoin d'analgésiques supplémentaires ont également été étudiés, ainsi que l'acceptabilité de l'avortement médicalisé et la satisfaction des patientes par rapport à la douleur ressentie dans la cohorte de l'étude. ▪ La douleur liée à l'avortement a été consignée dans un journal, l'intensité de la douleur, les vomissements pendant la grossesse en cours et la satisfaction de la patiente ont été mesurés à l'aide d'une échelle d'évaluation EVA (0 à 100). ▪ L'étude a été approuvée par le comité éthique du système hospitalier d'Helsinki et d'Uusimaa ainsi que par l'Agence médicale finlandaise. En outre, les femmes volontaires ont reçu des informations écrites et orales sur l'étude et ont signé un formulaire de consentement éclairé.
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La population visée est celle des femmes demandant un avortement médical précoce (jusqu'à 63 jours d'aménorrhée). ▪ La sélection des participants s'est faite au département d'obstétrique et de gynécologie de l'hôpital universitaire d'Helsinki entre le 7 mars et le 31 août 2018. Les femmes s'y rendant pour demander un avortement médical précoce ont été invitées à participer à l'étude. ▪ Les critères d'inclusion étaient, un âge compris entre 15 et 19 ans ou 25 et 35 ans, une première grossesse unique et l'absence d'allergie aux analgésiques utilisés dans l'étude. ▪ Les critères d'exclusion étaient le souhait d'avorter pour des problèmes de santé au niveau fœtal ou au niveau maternel ainsi que les femmes ayant des antécédents de dépendance aux opioïdes. ▪ Il est indiqué que la taille de l'échantillon était celle de la commodité et était basée sur le nombre attendu d'avortements provoqués chez les adolescentes sur une période d'un an. L'objectif était donc de recruter

	<p>au moins 60 adolescentes et un groupe similaire d'adultes comme groupe de référence.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les participantes ont été réparties en deux groupes, celui des adultes et celui des adolescentes. En outre les données des mineurs (âgées de 16 à 17 ans) ont été analysées séparément des adolescentes majeures (âgées de 18 à 19 ans).
Choix des outils de collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> Comme instruments, des questionnaires standardisés sur l'anxiété et la dépression (General Health Questionnaire 12 (GHQ-12)) ont été utilisés. Le score du GHQ et une limite de 6/12 comme indicateur d'anxiété ont été utilisés lors de l'analyse du questionnaire. <p>Un journal papier a été distribué aux femmes pour qu'elles consignent les douleurs liées à l'avortement durant le processus.</p> <p>Des précisions sur la cotation des outils n'est pas donnée</p> <ul style="list-style-type: none"> L'étude a été réalisée sur la base d'auto-déclaration à l'aide d'un journal d'étude. Les variables dépendantes sont la douleur pendant l'avortement médicalisé, le besoin d'analgésiques, l'acceptabilité de l'avortement médicalisé et la satisfaction des patientes. Les variables indépendantes pourraient inclure des facteurs tels que l'âge, le statut socio-économique, les antécédents médicaux et les caractéristiques de l'avortement médicalisé lui-même.
Interventions ou programmes (si applicable)	<ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas eu d'interventions ou de programme pendant l'étude.
Méthode d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> Le logiciel, IBM SPSS version 25 pour Mac (IBM Corp) a été utilisé pour l'analyse de données. Les comparaisons ont été effectuées à l'aide de tests non paramétriques, le test du chi-carré de Pearson et le test U de Mann-Whitney. La régression logistique a été utilisée pour calculer les rapports de cotes. Tous les tests statistiques étaient bilatéraux et une valeur de $P < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> Au total, 140 femmes ont été recrutées et 132 femmes ont été incluses dans l'analyse. 56 adolescentes dont 19 mineures et 76 femmes adultes ont été incluses dans la recherche.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DONNÉES DESCRIPTIVES DE TOUTES LES FEMMES COMPARANT LES FEMMES ADOLESCENTES ET ADULTES ▪ Les adolescentes fumaient plus souvent ($P=0.047$) et étaient plus souvent en couple ($P<0.001$). ▪ Au total, 60,3% des femmes ont déclaré avoir utilisé des analgésiques pour les douleurs menstruelles, la proportion étant similaire chez les adolescentes et les femmes adultes ($P=0,179$). ▪ L'EVA de la douleur pendant l'avortement était de 75 et était similaire dans les deux sous-groupes ($P=0,107$). En outre 57,7% de toutes les femmes ont ressenti une douleur intense ($EVA>70$) pendant l'avortement. Seules 13,8% des femmes ont déclaré que la douleur était tolérable ($EVA<40$). La douleur la plus intense a été déclarée entre 2,3 et 3,4 heures après l'administration du misoprostol ($P=0.451$) dans les deux groupes. Le souvenir de la douleur était en corrélation avec l'EVA de la douleur rapportée pendant l'avortement ($EVA=73$, similaire chez les adolescentes (78) et les femmes adultes (70) , $P=0.052$). ▪ COMPARAISON ENTRE LES ADOLESCENTES ET LES FEMMES ADULTES ▪ Au total, 38,7% des femmes ont signalé l'apparition de douleurs avant la prise de misoprostol. La durée de la douleur était plus longue chez les adolescentes que chez les femmes adultes ($P=0,007$). 29,5% des femmes ont déclaré que la douleur persistait 72 heures après l'administration du misoprostol. ▪ La plupart des femmes adolescentes et adultes ont eu besoin d'analgésiques supplémentaires, en plus de l'antalgie prophylactique ($P=0,351$). Les adolescentes ont eu besoin d'analgésique plus souvent ($P=0,007$) et étaient plus susceptibles de recevoir des analgésiques narcotiques ($P<0,001$). ▪ L'administration du misoprostol s'effectuait plus souvent à l'hôpital pour les adolescentes en raison des directives locales ($P<0,001$) et l'administration de celui-ci à l'hôpital était associée à une utilisation plus élevée de narcotique ($P<0,001$). ▪ Le vécu des douleurs ($P=0.539$), intenses ou tolérables ($P=387$) ne différaient pas entre les femmes prises en charges à l'hôpital ou à domicile. ▪ Tant les femmes traitées à domicile que celles traitées à l'hôpital étaient très satisfaites des soins ($P=0,193$)
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FACTEURS PRÉDICTIFS ET ASSOCIÉS DE L'EXPÉRIENCE DE LA DOULEUR SÉVÈRE ▪ Les douleurs intenses étaient associées à des antécédents de dysménorrhées ($P=0,014$) ainsi que les vomissements signalés durant l'avortement ($P<0,001$) et de l'anxiété ($P=0,044$) ▪ Une histoire de dysménorrhée était associée à un plus grand nombre d'analgésique nécessaires ($P<0,001$) ▪ Les chances de signaler un vomissement étaient plus élevées en cas d'utilisation d'opiacées ($P=0,029$) ▪ La satisfaction à l'égard des soins était élevée chez toutes les femmes et similaires chez les adolescentes et les adultes. La prise d'opiacés et le lieu d'administration du misoprostol n'ont pas eu d'effets sur la satisfaction. ▪ Les médicaments contre la douleurs ont été jugés adéquats par 72,9% des femmes, le choix d'un avortement médicamenteux serait à nouveau pris par 90,2% des femmes en cas de nouvel avortement. La satisfaction à l'égard des soins ne différaient pas selon que l'analgésie était jugée adéquate ou non ($P=0,069$).
Discussion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En résumé dans la discussion, on voit que la douleur maximale lors d'un avortement médical précoce est élevée tant chez les adolescentes que chez les femmes adultes. La douleur est moins souvent légère à tolérable chez les adolescentes. <p>On voit également que la majorité des femmes ont eu besoin d'analgésiques en plus de l'ibuprofène et paracétamol et que la plupart des adolescentes prises en charge en ambulatoire ont reçu des narcotiques.</p> <p>De plus, on voit que la douleur intense était associée à des vomissements pendant l'avortement, à de l'anxiété et à des antécédents déclarés de dysménorrhée.</p> <p>En outre, on observe que la majorité des femmes étaient satisfaites du traitement et plus de trois femmes sur cinq ont jugées les analgésiques adéquats.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cette étude confirme que des antécédents de dysménorrhée sont un facteur prédictif de douleur sévère lors d'un avortement médicamenteux. La consommation d'analgésiques plus élevée chez les femmes adolescentes indique que le jeune âge est également associé à une douleur plus forte. ▪ Par rapports aux autres recherches, la douleur observée dans cette étude était plus intense que

	celles observées dans la plupart des études antérieures.
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'anxiété au départ et les vomissements ont été associé à une douleur intense, les vomissements peuvent s'expliquer par la prise de narcotiques. De ce fait les chercheurs proposent que toutes les femmes subissant un avortement reçoivent des antiémétiques de manière systématiques. <p>De plus, comme la douleur la plus intense survient souvent peu après l'administration de misoprostol, il y a lieu d'utiliser des analgésiques prophylactiques.</p> <p>En outre la satisfaction à l'égard des soins était élevée et 9 femmes sur 10 choisirait à nouveau un avortement médicamenteux. Il y a donc lieu de favoriser ce type d'avortement.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les suggestions peuvent être appliqués en mettant à jour, les protocoles de soins lors d'avortement médicamenteux. <p>De plus les études sur l'avortement médicamenteux chez les adolescentes sont rares.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les divergences de pratique liées aux directives locales entre la prise en soins des adolescentes et des femmes adultes induisent des biais. Tout d'abord vis-à-vis de la prise de narcotiques, puis sur la prise de misoprostol qui a peu avoir un effet sur la sélection des participantes. ▪ La taille relativement petite de l'échantillon limite la puissance de l'étude, de plus du au format d'auto-évaluation pour la récolte de données, des informations ont pu être loupés.
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D'après cette étude, l'administration de paracétamol et d'ibuprofène n'est pas suffisante pour couvrir les douleurs intenses des femmes ayant recours à un avortement médicamenteux. Donc, la prise en charge de la douleur pendant l'avortement doit encore être améliorée et des études sur l'optimisation de celle-ci sont nécessaire ▪ On retient que des antécédents de dysménorrhées et de vomissements pendant l'avortement étaient des facteurs de risques pour des douleurs intenses. <p>Les chercheurs proposent l'administration d'antalgique au moment de l'administration du misoprostol, comme la plupart des femmes ont ressenti des douleurs intenses</p>

	quelques heures après l'administration de celui-ci. Ils proposent également de fournir des comprimés d'opioïdes faible comme le Tramadol à prendre à domicile ainsi que des antiémétiques.
--	--

Annexe 6 : grille de Tétreault de l'article 6

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ The Risk of Psychiatric Morbidity Following Teenage Inducted Abortion and Childbirth – A Longitudinal Study From Finland (Le risque de morbidité psychiatrique à la suite d'un avortement et d'un accouchement à l'adolescence). ▪ Les sujets abordés sont : la grossesse et l'avortement à l'adolescence ; la morbidité psychiatrique à long terme ; les facteurs socio démographiques ; le niveau d'éducation. ▪ Le titre se réfère à une population précise, celle-ci étant les adolescentes et la question étant de savoir quel est le risque de morbidité psychiatrique dans ce contexte.
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les auteurs de l'étude, avec leur rattachements sont : ▪ Eerika Jalanko (Department of Obsetrics and Gynecology, Helsinki University Hospital, University of Helsinki, Finland) ▪ Suvi Leppälahti (Department of Obsetrics and Gynecology, Helsinki University Hospital, University of Helsinki, Finland) ▪ Oskari Heikinheimo (Department of Obsetrics and Gynecology, Helsinki University Hospital, University of Helsinki, Finland) ▪ Mika Gissler (National Institute for Health and Welfare (THL) Helsinki, Finland / Division of Family Medicine, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden / Research Centre for Child Psychiatry, University of Turku, Finland)
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grossesse à l'adolescence ; ▪ Avortement ; ▪ Morbidité psychiatrique ;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles mentaux.
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les objectifs de l'étude étaient d'examiner le lien entre la grossesse à l'adolescence avec la morbidité psychiatrique à long terme en fonction de la finalité de la grossesse (avortement ou accouchement) et de l'âge au début de la grossesse. Dans un deuxième temps on a également cherché à mettre en lien avec les facteurs pouvant y jouer un rôle tels que le statut socio démographique, l'éducation et les diagnostics psychiatriques des parents. ▪ Au niveau de la méthodologie les chercheurs ont utilisé les registres des soins de santé afin d'évaluer le risque de morbidité psychiatrique après un avortement ou un accouchement. ▪ Pour les résultats, le risque de morbidité psychiatrique était plus haut chez le groupe d'adolescentes ayant subi un avortement en comparaison à celles qui ont accouché. Ce risque est augmenté seulement 5 ans post-avortement.
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La justification de l'étude se repose sur le fait que les conséquences à long terme de l'avortement chez les adolescentes au niveau de la morbidité psychiatrique étaient inconnues.
Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comparer le risque de morbidité psychiatrique à long terme à l'adolescence entre les patientes ayant accouché et avorté. ▪ En lien avec cet objectif deux questions ont été posées : ▪ Comment cette association varie en fonction du résultat de la grossesse et de l'âge en début de cette dernière ? ▪ Quels facteurs pouvaient influencer cette association ?
Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La grossesse à l'adolescence ; ▪ La morbidité psychiatrique à long terme ; ▪ Les facteurs influenceurs.

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE	
Méthodologie	
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les variables importantes, bien définies, s'agissent de la grossesse à l'adolescence et du résultat de celle-ci ; l'âge au début de la grossesse (<20 ou <18 ans) ; le statut socio-démographique de la femme ; le niveau d'éducation et les diagnostics psychiatriques des parents. ▪ Le but de la recherche a été de comparer le risque de morbidité psychiatrique à long terme à l'adolescence entre les patientes ayant accouché et avorté et mettre ceci en lien avec des facteurs influenceurs. ▪ Il n'y a pas de mention d'hypothèses de recherche ce n'est que la question de départ de se demander s'il y aurait un lien entre le résultat de la grossesse à l'adolescence et le risque de morbidité psychiatrique.
Devis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le devis de l'étude est une étude de cohorte rétrospective. Ce dernier est bien détaillé au niveau des sources des données, des critères d'inclusion/exclusion, des variables mesurées, des méthodes d'analyse et des forces/limites de l'étude. ▪ Il n'y a pas de procédure expérimentale dans l'étude. ▪ Les règles éthiques ont été respectées en gardant l'anonymat lors de la collecte de données (registres de soins) et en n'impliquant pas directement la vie privée des participants. Tous les établissements fournissant les données au registre de santé ont donné leur accord pour l'utilisation de ces dernières dans l'étude. De plus l'Institut National de la Santé et du Bien-être a approuvé l'étude avant son début.
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La population visée s'agit de femmes finlandaises ayant eu une grossesse à adolescence (<20 ans) entre 1987 et 1989. ▪ En ce qui concerne la sélection des participants, chaque membre de la cohorte ayant un antécédent de grossesse à l'adolescence a été apparié à 3 membres de référence sans cet antécédent. Les membres de l'étude sont nés entre 1966 et 1975 et ont été suivis (pour les membres de la cohorte) depuis le premier accouchement/avortement à l'adolescence, jusqu'à la fin de l'année 2015. Pour le groupe de référence, choisi de la même municipalité, le début de suivi a été

	<p>identifié comme le même jour que le membre de la cohorte.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Critères d'inclusion (cohorte) : femmes nullipares ayant eu une grossesse à l'adolescence (<20 ans) entre 1987 et 1989 en Finlande. ▪ Critères d'exclusion : antécédents de maladies psychiatriques avant leur grossesse à l'adolescence ; grossesses multiples ; grossesses après 20 ans ; données manquantes/incomplètes dans le registre ; commune inconnue à la fin de la grossesse ; décès ; émigration permanente après la fin de la grossesse. ▪ Il n'y a pas de justification concernant la taille de l'échantillon. ▪ La répartition groupe témoin-contrôle s'est faite en associant pour chaque membre de la cohorte (témoin) 3 femmes de la même municipalité n'ayant pas eu de grossesse à l'adolescence.
Choix des outils de collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'article ne mentionne pas d'informations concernant des instruments de mesure. ▪ Il n'y a pas de précisions sur la cotation des outils. ▪ La collecte de données s'est faite à travers les données récoltées dans le registre de santé entre 1987 et 1989. Le suivi s'est fait depuis le premier accouchement/avortement à l'adolescence, jusqu'à la fin de l'année 2015. Les données sur les antécédents socio-démographiques ont été obtenues depuis l'institut national de bien-être et du centre d'enregistrement de la population. ▪ Diagnostiques psychiatriques des parents : récoltés depuis le registre de sorties d'hôpital de l'institut national de la santé et bien-être. ▪ Variables dépendantes : diagnostics psychiatriques post-grossesse à l'adolescence ou post-jour index pour le groupe témoin. ▪ Variables indépendantes : il n'y a pas de variables indépendantes ; les facteurs sociodémographiques et le niveau d'éducation ont été considérés comme variables catégorielles (variable qualitative non quantifiable) tandis que l'âge a été considérée comme une variable continue (prend en compte toutes les valeurs possibles d'un intervalle, entre 2 âges réels).
Interventions ou programmes (si applicable)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il n'y a pas d'interventions ou de programmes mis en place durant l'étude, afin de récolter ou analyser des données. Ce qu'on pourrait considérer comme intervention serait le suivi des femmes et examinations de leurs données durant un période

	<p>jusqu'à ~26.4 ans après la fin de la grossesse (pour le groupe témoin il s'agirait du jour de référence de la femme ayant eu la grossesse). Ceci afin d'évaluer l'incidence de diagnostics psychiatriques.</p>
Méthode d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le groupe de grossesses à l'adolescence a été divisé en sous-groupes en fonction du résultat de la grossesse (accouchement/avortement) et de l'âge (<20 ou <18 ans). ▪ En ce qui concerne les diagnostics psychiatriques, seulement le premier diagnostic chez les participantes a été pris en compte dans l'analyse finale étant donné que dans les données il y a eu plusieurs contacts avec les soins mais sans spécificité sur « l'origine » de la consultation (contrôle ou nouvelle prise de contact). Afin de mieux évaluer le lien grossesse à l'adolescence et morbidité psychiatrique, l'incidence des diagnostics a été déterminée à différentes périodes (entre 0-4.99 ans ; 5 et 9.99 ; 10 et 14.99 ; 15 et 19.99 ; 20 et 24.99 ; 25 et 28 ; post-avortement / post-accouchement à l'adolescence pour la cohorte et post-jour index pour le groupe témoin). ▪ Rapport des taux d'incidence des diagnostics psychiatriques : calculés de manière individuelle pour les adolescentes de moins de 18 ans au début de la grossesse/jour index. ▪ Analyses statistiques : utilisation de IBM SPSS Statistics V.24.0 et logiciel statistique R 3.5.1.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femmes nullipares (qui n'a jamais accouché) ayant eu une grossesse à l'adolescence, de moins de 20 ans, entre 1987 et 1989 en Finlande + groupe témoins n'ayant pas eu de grossesse à l'adolescence. ▪ Les précisions données en plus ont été ajustées concernant l'indice de diagnostics psychiatriques, la zone de résidence, le niveau d'éducation et les antécédents psychiatriques des parents. ▪ Les résultats statistiquement significatifs ne sont pas bien détaillés mais tous les résultats mentionnés/analysés ont un $p < 0.05$: type de résidence ; niveau d'éducation ; parents avec une morbidité psychiatrique ; plus d'une grossesse à l'adolescence ▪ Les résultats démontrent que les femmes ayant eu une grossesse à l'adolescence avaient un risque de diagnostic psychiatrique plus élevé que le groupe témoin et plus élevé que chez les adolescentes ayant

	accouché comparé à celles qui ont avorté surtout concernant les troubles anxieux (<18 ans).
Discussion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le résumé indique que le risque de diagnostic psychiatrique est beaucoup plus élevé chez les femmes ayant eu une grossesse à l'adolescence en comparaison au groupe témoin (pas de grossesse à l'adolescence). Ce risque était également plus élevé chez les femmes ayant accouché que chez les femmes ayant subi une interruption de grossesse. Le niveau d'éducation était plus faible chez le même groupe avec un risque plus élevé de diagnostic psychiatrique. La prévention des grossesses à l'adolescence et soutien aux adolescentes mères aiderait à réduire un risque de morbidité psychiatrique. ▪ La recherche répond à l'objectif visé en démontrant le risque plus élevé de morbidité chez les femmes ayant eu une grossesse à l'adolescence ainsi qu'en démontrant que certains facteurs comme le niveau d'éducation pourraient favoriser à un risque plus susceptible de développement. ▪ Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)]. ▪ L'article mentionne que des études précédentes ont démontré que : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il existe un risque plus élevé de développement de dépression post-partum chez les adolescentes en comparaison aux femmes adultes (lien probable avec des difficultés sociales avant la grossesse). ▪ Pour réduire les grossesses à l'adolescence, une amélioration au niveau de l'éducation sexuelle et autour de la contraception jouera un rôle important. ▪ En Finlande et Nouvelle Zélande, il y a une lacune au niveau d'éducation entre les adolescentes ayant accouché et les adolescentes ayant subi une interruption volontaire de grossesse.
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les recommandations suggérées concernant un maintien de la baisse de la grossesse à l'adolescence en mettant en place : un accès pour tous aux services de santé avec des soins de qualité à disposition ; une amélioration au niveau de l'éducation sexuelle en ce qui concerne la contraception ; la possibilité d'accéder à des méthodes de contraception réversibles au long terme. L'article mentionne également qu'une aide financière pourrait jouer un rôle important.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au niveau des limites, il y a eu un manque de données détaillées pour les facteurs influençants, notamment pour les statuts socio-économiques. En ce qui concerne l'échantillon, les femmes ayant des diagnostics psychiatriques ont été exclues de l'étude mais il est possible que certaines en aient développé un trouble post-grossesse.
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'étude répond à l'objectif visé en mettant en avant les conséquences possibles d'atteintes psychiatriques dans le cas d'une grossesse ou avortement à l'adolescence, ainsi qu'en ciblant les facteurs influençants sur les quels on pourrait agir afin de réduire et/ou garder une réduction du taux de grossesses à l'adolescence. <p>Les principaux résultats significatifs comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un niveau d'éducation plus élevé chez les femmes n'ayant pas eu de grossesse à l'adolescence ; ▪ Un niveau d'éducation restant plus élevé, pendant la période de suivi, chez les femmes ayant subi un avortement en comparaison aux femmes ayant une grossesse ; ▪ Un risque moins élevé de diagnostic psychiatrique à long terme chez les femmes ayant subi un avortement. ▪ Tous les résultats donnent des informations significatives sur les conséquences à long terme au niveau psychiatrique d'une grossesse à l'adolescence et donc de l'importance de l'éducation/information auprès des femmes.

Annexe 7 : grille de Tétreault de l'article 7

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS

Identification du titre et du résumé

Titre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ The Characteristics and Severity of Psychological Distress After Abortion Among University Students ▪ Caractéristiques et gravité de la détresse psychologique après un avortement chez les étudiantes universitaires ▪ Thèmes : avortement, détresse psychologique, étudiantes universitaires
-------	--

	<ul style="list-style-type: none"> Population : 151 étudiantes universitaires
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). Maureen Curley, PhD, PMHCNS, BC : Infirmière praticienne psychiatrique, enseignante, chercheuse et praticienne. Offre des consultations aux femmes qui souffrent de troubles de l'humeur et d'anxiété liés à la grossesse au centre médical des hôpitaux universitaires de Cleveland. Enseigne au centre médical des hôpitaux universitaires de Cleveland et à l'école d'infirmière Francis Payne Bolton de l'université Case Western Reserve. Celeste Jonhston, N Ed D : professeur émérite à l'Université McGill, Montréal. C'est une scientifique au IWK Health Centre, à Halifax. Associée à l'hôpital de Montréal pour enfants et à l'hôpital Sainte-Justine. A été présidente de la société canadienne de la douleur et secrétaire du Special Interest Group for Pain in Children de l'Association internationale pour l'étude de la douleur, et a été élue conseillère de cette association de 2008 à 2014.
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> Mots-clés : Abortion, Teenager, Grief
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> Objectifs : identifier les caractéristiques, la gravité et les préférences de traitement des étudiants universitaires qui souffrent d'une DPA (détresse psychologique après avortement). Méthodologie : 159 étudiantes, 89 avaient subi un avortement. Résultats : Les résultats ont été comparés entre celles qui ont eu ou non recours à des services psychologiques après un avortement et celles qui n'ont jamais été enceintes. Les personnes ayant avorté, ont signalées des symptômes de stress post-traumatique et de deuil qui ont duré en moyenne 3 ans. Celles n'ayant pas eu recours à un suivi psychologique avaient un traumatisme psychologique accru avec un SSPT partiel ou complet, un deuil périnatal, une dysthymie et des problèmes de santé mentale coexistants.
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> Justification de l'étude : 42 millions de femmes se font avorter légalement chaque année. 30% d'entre elles souffrent d'une détresse psychologique après un

	<p>avortement avec des taux plus élevés de comportement suicidaire, de dépression, d'anxiété, stress post-traumatique, troubles liés à l'abus de substances. Les jeunes femmes de moins de 25 ans ont plus de risque de développer des problèmes de santé mentale. La détresse psychologique après l'avortement (DPA) survient dans 40% des cas. Les femmes de moins de 25 ans sont plus susceptibles de subir leur premier avortement et ont 40% de chances d'en subir un autre et ont plus de risque de subir une DPA. A cette période-là les jeunes femmes sont plus vulnérables aux troubles de l'humeur et à l'anxiété, et en particulier pendant la phase reproductive de la vie. Une étude a démontré que les femmes qui avaient avortées étaient 2 fois plus susceptibles d'abuser d'alcool et de souffrir de dépression. Une autre étude prenant compte les variables sociodémographiques, comportementales et familiales après un avortement chez les femmes dans la vingtaine, démontre qu'elles ont un taux de dépression plus élevé que celles qui avaient accouché. Une troisième étude démontre des troubles psychologiques importants, un chagrin plus élevé, de la dépression et des problèmes de comportements chez les jeunes adultes après un avortement. Des services psychologiques sont fournis aux femmes après l'avortement qui peuvent être efficaces. Cependant la recherche sur l'efficacité des conseils et des interventions comportementales fait défaut. Il est donc essentiel de définir la nature de la détresse au sein de cette population pour mettre au point des interventions ciblées susceptibles de la soulager. Cette étude a identifié l'incidence, les caractéristiques, la gravité et les déterminants de la détresse psychologique après l'avortement, chez des étudiantes universitaires avec un suivi psychologique.</p>
Objectifs/questions de recherche	<p>Objectifs et/ou les questions de recherche :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quelle est l'incidence des étudiants universitaires qui souffrent de détresse psychologique après un avortement (DPA) ? 2. Les étudiants qui souffrent de DPA souhaitent-elles bénéficier d'un suivi psychologique professionnel s'il leur est offert ? 3. Qu'elles sont les caractéristiques et la gravité de la DPA chez les étudiants universitaires (dépression, anxiété, chagrin, syndrome de stress post-traumatique) ?

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Les étudiants qui souffrent de DPA ont-elles plus de problèmes de santé mentale coexistants que les étudiantes qui ne souffrent pas de DPA et que les étudiants qui n'ont jamais été enceintes ? 5. La DPA est-elle associée à la grossesse et à l'expérience de l'avortement, ou à d'autres facteurs ? 6. Le jeune âge, le temps écoulé depuis l'avortement et les avortements multiples contribuent-ils à la DPA ?
Principaux concepts théoriques	Concepts importants : avortement comme un type d'événement psychologiquement stressant, ou certaines femmes ressentent la DPA comme une réponse au stress psychologique compatible avec l'état de stress post-traumatique. L'avortement est aussi conceptualisé comme un type de perte périnatale qui peut conduire à de la DPA comme une réaction de deuil périnatal.

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche	<p>Variables importantes : variable indépendante était de savoir si l'étudiante préférait avoir un suivi psychologique après l'avortement. Les variables dépendantes comprenaient les résultats de la dépression, de l'anxiété pour tous les groupes et du SSPT et du deuil périnatal pour les groupes ayant subi un avortement. Les covariables comprenaient les troubles mentaux concomittants, le temps écoulé depuis l'avortement, le nombre d'avortement et l'âge.</p> <p>Buts <i>et/ou</i> questions <i>et/ou</i> objectifs de recherche : Pas précisé dans cette partie.</p> <p>Hypothèses de recherches :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plus de 30% des étudiants ont connu une DPA et ont préféré les services de suivi psychologiques s'ils leurs étaient proposés. 2. La dépression, l'anxiété et les problèmes de santé mentale coexistants étaient plus élevés chez les étudiantes ayant subi un avortement et ayant préféré les services de suivi psychologique que celles n'ayant
------------------------	--

	<p>pas eu de suivi psychologique et chez les personnes n'ayant jamais été enceintes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Le SSPT et le chagrin périnatal étaient plus élevés chez les étudiants qui avaient avorté et qui préféraient les services de suivi psychologique que chez les étudiantes qui avaient avorté et qui ne préféraient pas les services de suivi psychologique 4. Certains symptômes de la DPA étaient associés à la grossesse et à l'expérience de l'avortement et pouvaient être modifiés 5. Un âge plus jeune, un délai plus court depuis l'avortement et des avortements multiples étaient associés à une DPA plus élevée.
Devis	<p>Devis de l'étude : c'est un modèle descriptif ex post facto utilisé pour comparer les résultats psychologiques après un avortement parmi un échantillon de commodité d'étudiants.</p> <p>Procédure expérimentale : questionnaires démographiques et de santé sur papier, ainsi que des mesures standard pour la dépression, l'anxiété et la santé mentale de base. Celles ayant subi un avortement, ont répondu à d'autres mesures concernant les antécédents en matière de procréation, de stress psychologique et de deuil périnatal.</p> <p>Règles éthiques : Le conseil d'examen institutionnel de l'Université de McGill a donné son approbation initiale et continue pour l'étude. Une infirmière psychiatrique de pratique avancée, a rencontré les participantes de manière individuelle, afin d'expliquer le protocole de l'étude, obtenir le consentement éclairé et déterminer la classification du groupe.</p>
Sélection des participants ou objet d'étude	<p>Population visée : commodité d'étudiants recrutés à l'université de McGill et à l'université Concordia à Montréal et à l'université du Vermont.</p> <p>Sélection des participants : recrutement par le biais d'annonces électroniques, panneaux d'affichage, journaux universitaires, recommandations de prestataires de soins de santé. Les étudiantes ayant subi un avortement étaient recrutées. Celles qui n'avaient jamais été enceintes ont été recrutées séparément. Même méthode pour les 3 groupes en ce qui concerne le calendrier, les stratégies publicitaires, les lieux, la</p>

	<p>population et les sources d'orientation. Une allocation de 25 dollars a été offerte pour la participation.</p> <p>Critères d'inclusion/d'exclusion : être inscrite dans une université participante, âgée de 18-35 ans, être célibataire, ne pas avoir d'enfant, savoir lire et parler anglais, avoir subi un ou plusieurs avortements (provoqués, légaux, volontaires) au cours des 10 dernières années et être disposé à remplir des questionnaires sur cette expérience, n'avoir jamais été enceinte, ne pas avoir rapporté d'autres événements stressant de la vie.</p> <p>Justification de la taille de l'échantillon : déterminée par une MANCOVA à trois groupes avec une puissance de 0.80 au niveau de signification de 0.05 pour l'analyse de 2-4 variables et une taille d'effet moyenne (d-0.75) à grande (d-1.0), ce qui nécessite environ 40-50 participants par groupe.</p> <p>Répartition des participants : oui, en 3 groupes. Un groupe avec celles qui ont avorté et préféraient un suivi psychologique au moment de l'entretien. Le second avec les personnes qui avaient avorté mais ne souhaitaient pas un suivi psychologique. Le troisième avec celles qui n'ont jamais été enceintes et préféraient ne pas bénéficier de services de suivi psychologique (groupe témoin).</p>
Choix des outils de collecte des données	<p>Instruments de mesure : Brief Symptoms Inventory (BSI) pour mesurer la santé mentale coexistante de tous les participants, Inventaire de dépression de Beck (BDI) pour mesurer la dépression, Inventaire d'anxiété State Trait pour mesurer l'anxiété situationnelle et caractérielle, échelle d'impact de l'événement pour le stress psychologique spécifique à l'expérience de l'avortement, échelle de chagrin périnatal pour mesurer le chagrin spécifique à la fin de la grossesse.</p> <p>Précision sur les outils :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inventaire de dépression de Beck : en 21 points, questions sur les symptômes émotionnels, comportementaux et somatiques de la dépression (tristesse, échec, idées suicidaires, agitation, dégoût de soi, culpabilité, pessimisme) et symptômes végétatifs (perte d'intérêt pour le sexe, changement appétit et fatigue). Evaluer en fonction de l'intensité ressentie sur une intervalle de 2 semaines, de 0 (absence) à 3 (sévérité). La notation va de 0-63. Score inférieur à 10 indique une dépression

	<p>minimale, score 10-18 une dépression légère à modérée, de 19-29 une dépression modérée à sévère et supérieur à 30, une dépression sévère. Fiabilité et validité (0.73-0.92 avec un coefficient alpha moyen de 0.86 pour les échantillons psychiatriques et 0.81 pour les échantillons non psychiatriques).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Inventaire d'anxiété State Trait : questionnaire bidimensionnel auto-administré de 20 items développés pour mesurer l'anxiété transitoire (State) et persistante (Trait). Items divisés en 20 symptômes d'anxiété State et 20 d'anxiété Trait. Ils sont évalués de 0-4 en intensité et fréquence. Les scores de chaque sous échelle vont de 20 à 80 et sont additionnés. La fiabilité du State montre une cohérence interne élevée avec des coefficients alpha de $r=0.93$ pour l'anxiété transitoire et de $r=0.90$ pour l'anxiété persistante. La validité du contenu est conforme aux critères du DSM-IV TRR pour le trouble anxieux généralisé. 3. Brief Symptoms Inventory : forme abrégée de la Symptom Checklist-90 pour les échantillons psychiatriques et communautaires. Echelle comprend la dépression, l'anxiété, la somatisation, les tendances obsessionnelles compulsives, la sensibilité interpersonnelle, les phobies, l'hostilité, la psychose et l'idéation paranoïaque. L'échelle est un inventaire de 53 items basé sur des auto-évaluations au cours des 7 derniers jours. Chaque élément est noté sur une échelle de Likert de 0-5, allant de « pas du tout » à « extrêmement ». Pour cette étude, un indice global du Positive Symptom of Distress Index (PSDI) a été utilisé pour décrire la détresse globale. 4. Echelle d'impact de l'événement (IES) : mesure continue en 15 points, évalue l'impact du stress lié à un avortement antérieur. Elle mesure les réactions au stress, elle mesure les phénomènes intrusifs (idées, flashbacks, images, cauchemars) et phénomènes d'évitement (tentatives d'éviter les stimuli, sentiments, circonstances associées à l'événement). Évalue leur fréquence dans les 7 jours qui suivent l'événement. Items de 0 (pas du tout) à 5 (souvent). Score de 26 ou plus indique des symptômes modérés à graves de traumatisme psychologique, et répond aux critères de stress post-traumatique. 5. Echelle de chagrin périnatal : 33 items évaluent le chagrin suite à la perte d'une grossesse. Comprend 3 sous échelles ; « chagrin actif », « difficultés à faire
--	--

	<p>face », « désespoirs ». Chaque sous échelle est notée de 11 à 55. Le score peut aller de 33-165. Un score de 90 indique une psychopathologie grave.</p> <p>Collecte de données : questionnaires papier-crayon pour recueillir des informations démographiques (âge, école fréquentée, nationalité, origine ethnique), sanitaires (alcool, tabac, antécédents médicaux) et sur les antécédents en termes de procréation (données associées aux grossesses et avortement et complications médicales lors de l'avortement, conseils avant ou après avortement), sur la base d'une auto-déclaration.</p> <p>Variables dépendantes/indépendantes : variable indépendante était de savoir si l'étudiante préférait avoir un suivi psychologique après l'avortement. Les variables dépendantes comprenaient les résultats de la dépression, de l'anxiété pour tous les groupes et du SSPT et du deuil périnatal pour les groupes ayant subi un avortement. Les covariables comprenaient les troubles mentaux concomittants, le temps écoulé depuis l'avortement, le nombre d'avortement et l'âge.</p>
Interventions ou programmes (si applicable)	Pas précisé dans l'article.
Méthode d'analyse des données	<p>Analyse des données : des statistiques descriptives ont été utilisées pour analyser et comparer les caractéristiques démographiques, sanitaires et reproductives entre les groupes. Un test du chi-carré et un test de classement de Kruskal-Wallis ont été effectués. Les coefficients Alpha Chronbach ont été analysés pour mesurer la cohérence interne de tous les instruments standard. La MANCOVA a été utilisée pour répondre aux questions relatives aux différences entre les groupes sur les résultats psychologiques. Les covariables (jeune âge, problèmes de santé mentale coexistant, temps écoulé depuis l'avortement, antécédents d'avortement multiples) ont été examinées pour voir si elles étaient associées à celles qui déclaraient avoir une grande détresse et préféraient les services de suivi psychologiques après l'avortement. La version 17.0 du Statistical Package for the Social Sciences a été utilisé pour effectuer toutes les analyses. Les données ont été saisies par un assistant de recherche qualifié. Un biostatisticien a été consulté pour les analyses.</p>

Résultats	<p>Caractéristiques principales de l'échantillon : échantillon international de N-151 étudiants. La plupart venaient de l'université de McGill (n-127), 9% (n-14) de Vermont et 7% (n-10) de Concordia. Parmi elles, n-89 avaient subi un avortement. 30 étudiantes ont été jugées inéligibles en raison de leur âge, de l'école qu'elles fréquentent ou de type d'avortement ou de leur situation matrimoniale. Une étudiante inscrite s'est retirée de l'étude en raison d'une détresse causée par le remplissage des questionnaires. 5 étudiants ont été orientés vers les services psychiatriques de l'université pour des idées suicidaires ou une dépression modérée. 12 étudiants ont demandé à être orienté vers des services de suivi psychologique pour traiter l'avortement au moment de l'entretien. Les groupes comprenaient ; n-48 étudiants pour le groupe préférant le traitement de l'avortement (groupe 1), n-41 pour ceux préférant l'avortement sans traitement (groupe 2), et n-62 dans le groupe contrôle (groupe 3).</p> <p>Données sur les participants : pas de différence démographique, majorité de race blanche (67%, n-101), citoyens canadiens (66%, n-99), fréquente université de McGill (84%, n-127), participants université de Vermont et Concordia représentaient moins de 20% de l'échantillon. Le groupe témoin, la plupart vivaient sur le campus, contre 10% (n-5) et 5% (n-2) des autres groupes. Pas de différence entre les groupes pour les pratiques religieuses. 52% de l'échantillon a dit ne pas avoir d'affiliation religieuse (avortement avec traitement 62%, avortement sans traitement 51% et témoins 45%). Age compris entre 18 et 35 ans. Le groupe contrôle était significativement plus jeune que les groupes ayant subi un avortement. Groupe contrôle avec une moyenne d'âge de 20.7 ans. Groupe préférant l'avortement avec traitement avait une moyenne d'âge de 23.9 ans et le groupe préférant l'avortement sans traitement avait une moyenne d'âge de 23.7 ans. Pas de différence significative d'âge entre les deux groupes ayant recours à l'avortement. Toutes les participantes qui ont eu recours à l'avortement avaient moins de 25 ans. Aucune différence entre les groupes concernant les caractéristiques ou antécédents de santé, notamment le tabagisme, la consommation d'alcool ou de drogues à usages récréatifs, ainsi que les antécédents de santé mentale.</p> <p>Résultats statistiquement significatifs ($p \leq 0,05$) :</p>
-----------	---

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le statut du groupe avait un effet significatif sur les résultats (Lambda de Wilk = 0.902, $F = 2.489$, $p = 0.023$). 2. La santé mentale coexistante a également eu un effet significatif sur le résultat (Lambda de Wilk = 0.522, $F = 43.053$, $p = 0.000$). 3. L'interaction entre le statut du groupe et la santé mentale coexistante était significative (Lambda de Wilk = 0.883, $F = 3.013$, $p = 0.007$). Les effets entre les sujets pour chaque résultat ont été examinés. Après ajustement pour la santé mentale coexistante, la dépression s'est avérée légèrement plus élevée dans le groupe « préférence pour le traitement de l'avortement » et d'une sévérité légère, alors qu'il n'y avait pas de dépression dans les groupes de « préférence pour l'avortement sans traitement » et groupe témoins. L'anxiété situationnelle s'est avérée légèrement plus élevée chez les femmes préférant le traitement de l'avortement que chez les femmes des deux autres groupes. Aucune différence entre les groupes pour l'anxiété persistante. 4. La MANCOVA a démontré que le statut du groupe et la santé mentale coexistante sur les variables dépendantes de la dépression, de l'anxiété situationnelle et de logique, du stress psychologique et du deuil périnatal entre le groupe préférant un traitement de l'avortement et celui n'en préférant pas, une différence significative ($p = 0.05$). 5. La gravité de la santé mentale coexistante était significativement différente entre les deux groupes ayant recours à l'avortement ($p = 0.001$). La santé mentale coexistante était la seule covariable significative entre les 2 groupes. Après ajustement, la dépression et l'anxiété situationnelle sont restées significativement plus élevées dans le groupe préférant le traitement de l'avortement, ce qui indique une dépression légère ($p = 0.05$) et une anxiété modérée ($p = 0.05$) et une anxiété situationnelle plus élevée ($p = 0.05$). Pas de différence au niveau de l'anxiété caractérielle. 6. Stress psychologique associé à l'avortement était significatif dans le groupe préférant le traitement de l'avortement ($p = 0.05$), ce qui indique une SSPT modérée à sévère ($p = 0.05$). Le groupe qui ne souhaite pas de traitement a un SSPT modéré. 7. Le groupe ayant décidé de traiter l'avortement a un chagrin périnatal significativement plus élevé ($P = 0.05$).
--	---

	<p>8. Le groupe préférant le traitement de l'avortement présente des symptômes d'évitement du SSPT liés à leur expérience de l'avortement, significativement plus élevés que ceux qui ont choisi de ne pas traiter l'avortement ($p = 0.001$). De même pour les symptômes intrusifs ($p = <0.001$).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autres résultats importants : <ol style="list-style-type: none"> 1. Les idées suicidaires étaient plus faibles dans le groupe témoin (25%) que dans les deux autres. 42% dans le groupe des personnes ayant subi un avortement et préférant un suivi psychologique et 32% parmi celles ne désirant pas de suivi psychologique. 2. Les personnes ayant subi des complications chirurgicales post avortement, préféraient le traitement de l'avortement par un suivi psychologique 3. Comaraison post hoc de Bonferroni a révélé que le groupe préférant le traitement de l'avortement présentait une psychopathologie coexistante et une dépression plus importante que les autres groupes. 4. Pas de différence entre le groupe qui préfère le traitement de l'avortement et celui préférant aucun traitement, concernant les covariables de l'âge, du temps écoulé depuis l'avortement et le nombre d'avortements.
Discussion	<p>Résumé des résultats : Cette étude a permis de faire plusieurs conclusions concernant la reconnaissance et le traitement du DPA au sein de la population la plus à risque. Elle a démontré que plus de 50% (n-48) des 89 étudiants qui ont subi un avortement préféraient bénéficier d'un suivi psychologique pour faire face à la détresse après l'avortement. Il y a une incidence de 50% de détresse persistante après un avortement. C'est la première étude qui recommande un suivi psychologique après un avortement et qui cible les principaux symptômes à explorer. La DPA semble être multifactorielle pour le groupe préférant un traitement de l'avortement, en raison du stress lié à la grossesse non désirée et à l'expérience de l'avortement, ainsi que des problèmes de santé mentale coexistants. Pour celles qui ont préféré avoir un suivi, la DAP comprenait des symptômes modérés à graves de traumatisme psychologique, indiquant un état de stress post-traumatique partiel ou complet, même jusqu'à des années après l'avortement ciblé. L'ESPT persistant au-delà de 3 mois peut évoluer vers une déficience</p>

fonctionnelle globale. Les symptômes d'évitement de l'ESPT significativement plus élevés chez celles qui préféraient un traitement suggèrent qu'elles étaient incapables de gérer les pensées et sentiments accablants associés à l'avortement et qu'elles souhaitaient de l'aide pour y parvenir. Elles ont également eu un souvenir beaucoup plus intrusif de l'avortement que celles qui n'ont pas préféré un suivi psychologique. En effet, éviter l'expérience de l'avortement semblait être le principal moyen de faire face à la situation parmi celles du groupe préférant le traitement de l'avortement. En plus, celles qui n'ont pas voulu recevoir de conseils psychologiques ont ressenti des symptômes persistant de SSPT. L'impact psychologique d'un avortement sur les jeunes femmes universitaires peut être plus grave et de plus longue durée qu'on ne le pensait. Certaines personnes ont signalé des symptômes persistants de deuil périnatal, d'une gravité modérée et significativement plus élevée que celle qui n'ont pas voulu de suivi. Celles qui préféraient le conseil, ont démontré qu'avec la DAP il y avait également des problèmes de santé mentale coexistant mais pas préexistants, qui peuvent s'expliquer par des symptômes communs à l'ESPT grave, comme des symptômes somatiques, tels que l'insomnie ou l'hyper-vigilance, un taux plus élevé de dépression et d'anxiété situationnelle. Toutes les étudiantes ayant eu recours à l'avortement ont eu des symptômes distincts et persistant de SSPT, ce qui montre que l'expérience de l'avortement peut contribuer de manière indépendante à la détresse et qu'il est essentiel de reconnaître ce fait afin de mettre en place des services de suivi efficaces. Les problèmes de santé mentale coexistant viennent par l'expérience de l'avortement et les circonstances de la grossesse non désirée. Celles qui ont vu l'embryon et qui n'ont pas reçu de conseils avant ou après l'avortement disent avoir vécu une expérience stressante. Les complications physiques comme les saignements excessifs, la douleur, et l'évacuation incomplète ont prolongé la procédure d'avortement et ont pu aggraver l'anxiété de celles qui étaient déjà angoissées. Un plus grand nombre d'idées suicidaires et de tentatives suicidaires après l'avortement a été associé aux personnes souhaitant un suivi psychologique. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour explorer l'association entre le suicide et la détresse psychologique après l'avortement, en particulier chez les femmes plus jeunes. Ces résultats complètent ceux d'autres études qui disent que l'avortement peut contribuer à la DPA.

	<p>Réponse à l'objectif/hypothèse de départ : étude non significative mais c'est la première qui identifie plusieurs variables contextuelles qui peuvent influencer la détresse, avec des implications notables pour la pratique.</p> <p>Rattachement à d'autres études : les résultats de cette étude confirment les études antérieures associant l'avortement au syndrome de stress post-traumatique, à la dépression, à l'anxiété et au deuil périnatal.</p>
Recommandations & suggestions	<p>Recommandations & suggestions et/ou étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Des conseils avant et après la visualisation de l'embryon devraient être donnés afin d'aider la prise de décision de poursuivre ou non la procédure d'avortement. 2. Un suivi psychologique post avortement devrait être mis en place pour les femmes qui le souhaitent. 3. Informer les étudiants des risques psychologiques potentiels de l'avortement 4. Sensibiliser les étudiants aux ressources disponibles et de soutien après l'avortement, telles que la littérature les groupes de soutien, les sites web de conseil post avortement et les services de santé mentale qui reconnaissent leur expérience 5. Explorer les options alternatives à l'avortement telles que l'adoption ou l'accouchement. 6. Améliorer l'évaluation psychologique avant l'expérience de l'avortement pour inclure l'évaluation des attentes de l'étudiante, ses capacités d'adaptation et les facteurs de risque individuels associés à la grossesse non désirée et à l'expérience de l'avortement 7. Améliorer le suivi, la gestion et l'intervention en cas de séquelles psychologiques post-avortement négatives, pour déterminer le risque suicidaire et l'offre d'un suivi psychologique. <p>Limites/biais de l'étude : Une version de l'échelle d'impact de l'événement aurait permis de saisir d'avantages de symptômes de l'ESPT. Celles qui ont vu l'embryon avant de subir la procédure peuvent avoir représenté un sous-groupe dans l'échantillon. Un échantillon de commodité ne peut avoir été représentatif de l'ensemble des expériences émotionnelles des étudiantes après un avortement. Les préférences des étudiantes en matière de suivi peuvent changer au fil du temps en fonction des variations de détresse après l'avortement. La gravité et les déterminants de la DPA peuvent varier au sein des</p>

	sous-groupes entre celles qui ont subi un avortement dans un délai de moins d'un an et celles qui l'ont subi dans un délai de plus d'un an.
Conclusions	<p>Réponse à l'objectif visé : L'étude a permis d'identifier des symptômes cibles importants chez les jeunes femmes ayant subi un avortement, ce qui est la première étape dans le développement d'une intervention fondée sur des données probantes. Les interventions sur la DPA doivent être développées pour tester leur efficacité et les reproduire. Des services qui soulagent la détresse après l'avortement ont le potentiel de diminuer la morbidité psychiatrique associé à l'avortement. Les changements dans la pratique clinique doivent inclure le dépistage, le suivi et la prévention de la détresse psychologique après l'avortement, en particulier pour les personnes vulnérables. Les femmes doivent être suivies pour détecter l'apparition de conséquences négatives après l'avortement, qui peuvent survenir longtemps après l'avortement. Des recherches supplémentaires sont nécessaires concernant les déterminants de la procédure d'avortement qui peuvent être associés à une plus grande détresse après l'avortement pour certaines femmes, comme l'impact émotionnel de l'avortement, la visualisation de l'embryon ou les complications médicales. Bien que non significatif dans cette étude, il est important d'explorer les idées suicidaires, la vue de l'embryon et les complications médicales. Cette étude a également montré que l'ancienneté de l'avortement, les avortements multiples, les avortements gestationnels tardifs, les avortements récents et l'appartenance religieuse n'étaient pas associés à une plus grande détresse psychologique après l'avortement. Par contre, le stress d'un avortement unique, précoce et volontaire contribue à des séquelles psychologiques significatives et persistantes chez les étudiantes préférant un suivi psychologique. Le temps à lui seul ne suffit pas à résoudre la détresse.</p>

8.1. Annexe 8° : Grille de Tétreault de l'article 8

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<p>« Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood : Thirteen year longitudinal evidence from the United States »</p> <p>« Avortement, toxicomanie et santé mentale au début de l'âge adulte : Données longitudinales sur treize ans aux États-Unis »</p> <p>Thèmes : avortement, troubles mentaux, abus de substances, naissance, perte involontaire de la grossesse</p> <p>Le titre se réfère à la population de jeunes femmes en période de transition vers l'âge adulte. Les jeunes femmes ont 15, 22 ou 28 ans en moyenne.</p>
Auteurs-es	<p>L'auteur est Donald Paul Sullins. C'est un professeur associé de recherche à l'université « the catholic university of America », Washington DC. Il a été docteur en sociologie pendant 20 ans puis a pris sa retraite en 2015 pour se consacrer à la recherche. Il a fait de nombreuses recherches et a une expertise concernant les avortements et les problèmes émotionnels chez les femmes subissant un avortement. Il siège au conseil d'administration de la Society of Catholic Social Scientists, dont il est également l'aumônier.</p>
Mots-clés	<p>Avortement, toxicomanie, santé mentale, résultats de la grossesse, données longitudinales</p>
Résumé	<p>Objectifs : examiner les liens entre les résultats de la grossesse (naissance, avortement ou perte involontaire de grossesse) et les résultats de la santé mentale des femmes américaines lors de la transition vers l'âge adulte pour déterminer l'ampleur du risque accru de faire un avortement provoqué.</p> <p>Méthodologie : examiner les données sur les antécédents de grossesses et de santé mentale d'une cohorte nationale représentative de 8005 femmes aux âges moyens de 15, 22 et 28 ans, issues de l'étude longitudinale nationale sur la santé des adolescents et</p>

	<p>adultes pour déterminer le risque de dépression, d'anxiété, d'idées suicidaires, d'abus d'alcool, de drogues, de cannabis et de dépendance à la nicotine en fonction de l'issue de la grossesse (naissance, avortement ou perte involontaire de la grossesse). Rapports de risques estimés à partir de modèles de régression logistique et de régression de Poisson longitudinaux pour l'ensemble de la population.</p> <p>Résultats : L'avortement est toujours associé à un risque accru de troubles mentaux. Le risque global était élevé de 45% (rapport de risque 1.45 ; intervalle de confiance à 95%, 1.30-1.62 ; $p < 0.0001$). Le risque des troubles mentaux lié à une perte de la grossesse était mixte, mais également élevé à 24% (rapport de risque 1.24 ; intervalle de confiance à 95%, 1.13-1.37 ; $p < 0.0001$). La naissance était faiblement liée aux troubles mentaux. Un septième (8.7% ; intervalle de confiance 95%, 6.0-11.3) de la prévalence des troubles mentaux examinés étaient attribués à l'avortement.</p> <p>Conclusion : l'avortement est systématiquement associé à une augmentation modérée du risque de troubles mentaux à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte, comme le confirme les résultats obtenus en Norvège et Nouvelle-Zélande.</p>
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	<p>L'article justifie l'étude par le fait que les preuves de la détresse psychologique et de la violence sexuelle dans le cadre de l'avortement sont insuffisantes. Les études antérieures sur cette question avaient donné lieu à des résultats très contestés, ce qui a incité à améliorer la conception des études, également par l'utilisation d'échantillons représentatifs de la population, afin d'isoler les effets de l'avortement de ceux de la grossesse. D'autres études longitudinales ont été demandées suite aux résultats contestés des autres articles, mais ils mesuraient les troubles mentaux à un seul moment dans le temps. Les preuves les plus solides proviennent de deux études en Norvège et Nouvelle-Zélande qui ont suivi des cohortes de l'adolescence jusqu'à la fin de la vingtaine. Aucune preuve comparable n'a été faite dans un autre pays. Cette étude vise à combler cette lacune en reproduisant les caractéristiques de ces deux études, en examinant des données longitudinales similaires et solides en provenance des États-Unis.</p>

Objectifs/questions de recherche	<p>Objectif : confirmer ou infirmer la présence et l'étendue d'une association nette entre l'avortement et la détresse mentale, en utilisant des données et mesures plus solides pour les États-Unis, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent.</p> <p>Questions :</p> <p>Quelles associations entre les résultats de la grossesse et la santé mentale sont observées dans cette cohorte de femmes américaines âgées de 15 à 29 ans ; et existe-il une association identifiable entre la détresse mentale et l'exposition à l'avortement provoqué dans cet ensemble d'observations ?</p> <p>Dans quelle mesure l'association avortement - santé mentale est-elle modifiée par le contexte socioculturel, le contexte de développement du parcours de vie (autres issues de grossesse), ou les facteurs de risque préexistants ou co-occurents tels que présentés dans la littérature antérieure ?</p>
Principaux concepts théoriques	L'article ne mentionne pas de concepts théoriques principaux.

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE	
Méthodologie	
Questions de recherche	<p>Variables : les variables sont dichotomiques. Les ratios expriment le rapport des chances de se trouver dans l'état indiqué de la variable dépendante (par exemple la dépression) conditionnellement au fait de se trouver dans chaque état de la variable indépendante (ex : subi un avortement), en moyenne sur toutes les périodes de temps.</p> <p>Buts/questions/objectifs de recherche : non précisé dans cette partie.</p> <p>Pas d'hypothèse de recherche.</p>
Devis	Devis : étude longitudinale utilisant des pondérations de population longitudinales conçues pour contrecarrer tout biais en ajustant les différences d'échantillon entre les vagues, ce qui permet d'affirmer que cela représente

	<p>toujours de manière adéquate la même population interrogée durant les vagues I, III et IV</p> <p>Procédure expérimentale : étude qui examine 7 résultats en matière de santé mentale et d'abus de substance : dépression, troubles anxieux, idées suicidaires, dépendance à la nicotine, abus d'alcool, abus de drogues illicites et abus de cannabis. Toutes les mesures de résultats étaient dynamiques dans le temps et conformes aux critères diagnostiques du DSM-IV, pour chaque trouble. Les chercheurs d'Add Health ont créé ensuite une mesure sommaire avec des classifications telles que « pas d'abus/dépendance ». Puis le chercheur a créé une mesure dichotomique indiquant tout type d'abus/dépendance par rapport à l'absence d'abus/dépendance. Les résultats en matière de santé mentale et d'abus de substances aux phases III et IV excluaient les femmes ayant déclaré une grossesse terminée avant la phase I. Les résultats des grossesses et les mesures étaient dynamiques dans le temps et sommatives, à partir de comptes rendus rétrospectifs à chaque vague. Les options d'issue de la grossesse étaient : naissance, avortement, perte de grossesse involontaire. Calcul des rapports de risque relatif pour chaque association entre l'issue de la grossesse et les troubles mentaux, avec des modèles de régression logistique longitudinale moyenne de la population. L'ajustement du modèle a été évalué par le test du résidu moyen ajusté F d'Archer-Hosmer-Lemeshow. Les fractions attribuables à la population ont été estimées par des modèles logistiques se basant sur la méthode de Greenland et Drescher et Newson, pour des informations moins biaisées. Analyses par le logiciel statistique Stata 13. Les covariables ont été ajustées dans tous les modèles (âge, race, région d'origine). Les covariables retenues et ajustées comprenaient des mesures rétrospectives sur : conditions familiales de l'enfance, conditions mesurées au départ et conditions mesurées à l'arrivée des covariables temporelles mesurées aux 3 vagues. Les covariables sont : statut de pauvreté de la famille de l'enfant, niveau d'éducation des parents, violence physique/sexuelle ou verbale des parents, problèmes de conduite à l'école, moyenne générale, névrosisme, niveau d'études, victimisation par le viol, satisfaction de la relation, le revenu/état matrimonial.</p> <p>Règles éthiques : elles sont respectées. Les protocoles d'utilisation des données ont été examinés et approuvés</p>
--	---

	par le conseil d'examen institutionnel de l'Université catholique.
Sélection des participants ou objet d'étude	<p>Population visée : adolescentes américaines pendant la transition vers l'âge adulte. Elles ont entre 15 et 29 ans.</p> <p>Sélection des participants : cohorte nationale représentative de 8005 femmes aux âges moyens de 15, 22 et 28 ans.</p> <p>Critères d'inclusion/d'exclusion : Pas de précision.</p> <p>Justification taille de l'échantillon : examiner les données sur les antécédents de grossesses et de santé mentale d'une cohorte nationale représentative de 8005 femmes aux âges moyens de 15, 22 et 28 ans, issues de l'étude longitudinale nationale sur la santé des adolescents et adultes. Aucune autre justification.</p> <p>Pas de répartition des jeunes femmes en groupe.</p>
Choix des outils de collecte des données	<p>Outils de mesure : La dépression a été mesurée par l'échelle complète de dépression du Center for Epidemiologic Studies lors de la première vague et par des mesures du Add Health lors de la 3^{ème} et 4^{ème} vague. Anxiété évaluée lors de la vague 4 par un diagnostic clinique déclaré de trouble anxieux ; phase 1 par une échelle de 7 items (peur, difficultés à se détendre, manque d'appétit, difficultés à s'endormir ou à rester endormi, humeur changeante, pleurs fréquents) ; phase 3 par une échelle de 4 items mesurant les trois dernières dimensions et un item sur l'inattention. Les idées suicidaires à chaque vague reflètent les personnes qui déclarent avoir sérieusement pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois. Dépendance à la nicotine évaluée par l'échelle de Fagerstorm, en utilisant les totaux de l'échelle élaborés par Add Health. L'abus de drogues, alcools ou de cannabis étaient mesurés selon le DSM-IV aux vagues III et IV.</p> <p>Collecte de données : Les données ont été récoltées pendant 4 vagues différentes.</p> <p>Variables dépendantes/indépendantes :</p> <p>Dépendantes : dépression, anxiété, idées suicidaires, dépendance nicotine, abus de drogues, abus d'alcool, abus de cannabis</p>

	Indépendantes : avortement, perte de grossesse involontaire, naissance
Interventions ou programmes (si applicable)	Les interventions ne sont pas décrites.
Méthode d'analyse des données	Méthodes/types d'analyses statistiques : antécédents de grossesse caractérisés par 4 mesures dichotomiques. Les rapports de risque sont estimés à partir de données aléatoires dynamiques dans le temps. Méthode décrite par Fergusson et al. utilisée dans les tableaux.
Résultats	<p>Caractéristiques échantillon : âges moyens de 15, 22 et 29 ans, femmes</p> <p>Pas de précision supplémentaire sur l'échantillon</p> <p>Résultats statistiquement significatifs ($p \leq 0,05$) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'avortement provoqué est systématiquement associé à un risque accru de la plupart des troubles mentaux, avec des risques relatifs ajustés (OR) de 1.02 à 2.83. Cela car les femmes exposées à l'avortement entre 15 et 29 ans en moyenne, ont des taux globaux de problèmes de santé mentale 1.34 (IC 95%, 1.22-1.47) fois plus élevés que celles qui n'ont pas été exposées à l'avortement ($p < 0.001$). 2. L'exposition à la naissance vivante était systématiquement associée à des taux réduits de troubles mentaux, avec des OR de 0.96 à 0.39. Cela car les femmes ayant accouché entre 15 et 29 ans ont connu des taux globaux de problème de santé mentale 0.66 (IC 95%, 0.61-0.72) fois moins que celles qui n'ont pas accouché ($p < 0.001$). 3. L'exposition à la grossesse a des associations avec les problèmes de santé mentale, avec des OR plus élevés pour la dépression, l'abus d'alcool, l'abus de drogues illicites et la dépendance à la nicotine, mais plus faible pour les troubles anxieux, les idées suicidaires et l'abus de cannabis. Les femmes ayant déjà été enceinte ont connu des taux nets globaux de problèmes de santé mentale 0.89 (IC 95%, 0.85-0.94) fois inférieurs à ceux des femmes n'ayant jamais été enceintes ($p < 0.001$). 4. Le taux global d'association avec les troubles mentaux est plus élevé pour l'avortement (1.54,

	<p>IC 95%, 1.42-1.68 ; $p < 0.001$) et la perte de grossesse (1.54, IC 95%, 1.42-1.68 ; $p < 0.001$) que pour la naissance. Moins de risques de troubles mentaux si les femmes avaient déjà eu des enfants.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Pour l'avortement, le risque de dépression, de troubles anxieux, de dépendance aux drogues illicites et d'abus de cannabis est accru par la prise en compte des covariables, tandis que le risque d'idées suicidaires et de dépendance à l'alcool et à la nicotine sont moindre. Le risque prédit de chaque trouble lié à l'avortement est positif. 6. L'avortement provoqué est associé à chaque mesure des troubles mentaux. Le rapport de risque pour le nombre de problèmes de santé mentale liées à l'avortement à 1.45 (IC 95%, 1.30-1.62, $p < 0.0001$). 7. Si les avortements n'avaient pas lieu, les problèmes de santé mentale seraient réduits d'environ 10.4% (IC 95%, 7.6-13.2) en terme de pourcentage de la population. Les troubles affectifs seraient réduits de 6.0-6.8% et 27% pour l'abus de drogues illicites et 19% pour l'abus de cannabis. 8. Avec l'avortement, il y a un risque de 33% d'avoir un trouble affectif et de 53% d'avoir des troubles liés à la consommation de substances. 9. Le rapport de risque de l'avortement, avec les covariables, est de 1.38 (IC 95%, 1.15-1.65, $p < 0.001$). 10. Le risque de troubles mentaux est plus élevé chez les adolescentes qui avortent (1.62) que chez les femmes de plus de 20 ans (1.51). 32% des troubles mentaux dus à l'avortement sont chez les moins de 20 ans. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autres résultats importants : 1. L'exposition à la perte de grossesse n'a pas été systématiquement associée à des taux plus élevés ou plus faibles de problèmes de santé mentale, avec des rapports de cotes (RC) allant de 0.88-1.46. Les associations entre la perte de la grossesse et les troubles affectifs étaient plus fortes qu'avec les troubles liés à l'abus de substances, les IC du RC pour les 4 troubles affectifs, dépassaient l'unité. Cette absence d'association cohérente est due au fait que le taux de problèmes de santé mentale chez les femmes ayant subi une perte de grossesse, soit 1.04 (IC
--	---

	<p>95%, 0.95-1.13) n'était pas significativement différent du taux chez les femmes n'ayant pas subi de perte de grossesse ($p>0.40$).</p> <p>2. La perte de grossesse ne serait pas liée à l'abus de substances.</p>
Discussion	<p>Résumé des résultats : Les résultats de cette étude démontrent des preuves les plus solides à ce jour, que l'association de l'avortement avec la détresse mentale subséquente est causale. Contrairement aux autres issues de grossesse, chaque RR estimé pour l'avortement était supérieur à l'unité, et presque tous étaient statistiquement significatifs. Deuxièmement, en présence d'ajustement étendus des facteurs de confusion (contrôle démographique aux covariables en passant par les autres issues de grossesse), le RR n'a varié que de 0.02. Suite à une estimation à l'aide du modèle à effets fixes correspondant, non biaisé par les covariables, le RR pour l'avortement est toujours élevé et significatif. L'ordre temporel a été modélisé par des modèles décalés qui garantissent que les résultats de la grossesse précédaient les mesures des troubles mentaux jusqu'à 5 ans, avec seulement de faibles effets sur les RR globaux, qui restaient hautement significatifs. L'effet des avortements répétés était substantiellement additif, ce qui renforce l'idée selon laquelle la détresse est associée à des troubles mentaux. L'analyse a inclut l'ensemble des groupes de comparaison liés aux résultats de la fécondité : naissance, perte de grossesse, femmes qui n'ont jamais été enceintes. Seul l'avortement était systématiquement associé à un risque plus élevé de troubles mentaux. Le désir de grossesse n'a pas été pris en compte et il se peut qu'il y ait une influence non mesurée qui influencerait le résultat sur l'avortement. Add Health a utilisé des données anonymes auto-déclarées, assistées par ordinateur qui est connu pour réduire la sous déclaration, elle est donc minime.</p> <p>La recherche confirme que l'avortement a des effets délétères et peut amener des troubles mentaux.</p> <p>Rattachement à d'autres études : Résultats de cette étude sont similaires à ceux des deux études longitudinales antérieures de Pedersen et Fergusson et al. La similitude des résultats des trois études est remarquable compte tenu des contextes culturels, sociaux et juridiques différents.</p>

Recommandations & suggestions	<p>Pas de suggestions ou recommandations.</p> <p>Limites /biais de l'étude : La sous-déclaration des avortements, données basées sur une autre étude publique.</p>
Conclusions	<p>Réponse à l'objectif visé : ces résultats s'ajoutent au nombre croissant de preuves qui soutiennent l'affirmation selon laquelle l'exposition à l'avortement chez les femmes confrontées à une grossesse est impliquée dans des taux plus élevés de détresse mentale. L'avortement semble causal et indépendant des associations confusionnelles. Le niveau global de détresse, qui représente 10% des troubles mentaux chez les femmes à la fin de la vingtaine, peut être qualifié de modéré. A ce jour, aucune étude n'a documenté les effets positifs de l'avortement sur la santé des hommes et des femmes.</p>

8.2. Annexe 9° : Grille de Tétrault de l'article 9

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<p>Trends in Induced Abortions in Greece : A Cross-sectional Study (Tendances des avortements provoqués en Grèce : une étude transversale)</p> <p>Les thèmes abordés sont : les avortements provoqués en lien avec les grossesses à l'adolescence ; les facteurs liés à ces avortements ; l'éducation à la contraception ainsi que le planning familial.</p> <p>Le titre se réfère aux femmes subissant des avortements provoqués en Grèce. Le titre en soit ne suggère pas l'âge ou d'autres caractéristiques de ces femmes.</p>
Auteurs-es	<p>Ioannis Tsakiridis (Third Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Greece)</p>

	<p>Apostolos Mamopoulos (Third Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Greece)</p> <p>Apostolos Athanasiadis (Third Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Greece)</p> <p>Themistoklis Dagklis (Third Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Greece)</p>
Mots-clés	<p>Les mots clés de l'étude sont : adolescents (teenagers, adolescents) ; avortement provoqué (induced abortion) ; grossesse involontaire (unwanted pregnancy) ; tendances (trends).</p>
Résumé	<p>L'objectif de l'étude était de chercher la prévalence ainsi que les tendances dans le temps et les facteurs influençants des avortements provoqués à l'adolescence en Grèce. Il s'agit d'une étude menée sur un modèle transversal entre 2018 et 2019. Au niveau des résultats, la tranche d'âge 15-19 ans a la troisième prévalence la plus haute (après 40 et plus et 35-39 ans) en ce qui concerne les femmes ayant déclaré avoir subi au moins un avortement durant la période correspondante. Les antécédents d'un ou plus avortement étaient plus élevés chez les femmes multipares et les femmes fumeuses. Ce qui en ressort est qu'il y a eu une baisse significative des taux d'avortements à l'adolescence et que les antécédents étaient associés à la consommation de tabac et à la multiparité. Toutefois, l'étude met en avant une nécessité d'améliorer l'éducation au niveau de la contraception et du planning familial.</p>
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	<p>L'article mentionne que, mondialement, dans la tranche d'âge 15-19 ans, il y a plus de 15 millions d'accouchements dont environ un tiers finissent en avortement. En Europe, la prévalence monte à 12,2% d'avortements à l'adolescence, un taux qui est plus élevé en Europe du Nord (>20%) et plus bas en Europe du Sud/Ouest. Au niveau mondialement également, les auteurs ressortent un taux s'élevant à 29.2% aux USA et 56.1% en Russie. La pertinence de l'étude se base donc</p>

	sur des taux généralement élevés au niveau mondial en ce qui concerne les avortements à l'adolescence.
Objectifs/questions de recherche	L'objectif de l'étude est de relever la prévalence des avortements à l'adolescence en Grèce, tout en identifiant les tendances temporelles et facteurs pouvant y être associés.
Principaux concepts théoriques	Les concepts les plus importants de l'étude sont ceux mentionnés dans les objectifs, soit : <ul style="list-style-type: none"> • Avortements provoqués à l'adolescence ; • Tendances temporelles ; • Facteurs contribuant/ associés.

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche	<p>Les variables analysées sont bien mentionnées dans l'article mais pas développées. Elles s'agissent de : antécédents d'avortements (15-19 ans) ; l'âge maternelle actuelle ; la méthode de conception (spontanée ou en utilisant des techniques assistées) ; la parité (nullipare/multipare) ; et le tabagisme (fumeuse ou pas).</p> <p>La recherche ne mentionne pas de question spécifique mais simplement l'objectif décrit plus haut, soit : relever la prévalence des avortements à l'adolescence en Grèce, tout en identifiant les tendances temporelles et facteurs pouvant y être associés.</p> <p>Il n'y a pas de mention d'hypothèses de recherche dans cette étude.</p>
Devis	<p>Le devis de l'étude est bien défini, il s'agit d'un devis transversal. L'observation s'agissait des avortements à l'adolescence avec la population visée à la participation étant des femmes âgées de 20 ans et plus entre 2018-2019. Cette période a été choisie car les examens d'anomalies se font de manière systématique à ce moment en Grèce (plus de 95% des femmes).</p> <p>En ce qui concerne les règles éthiques, la recherche a été acceptée par le comité d'éthique de la faculté de médecine de l'université Aristote de Thessalonique, en Grèce. Les participantes ont reçu un document informatif,</p>

	complet, ainsi qu'un consentement de participation clair. Il n'y a pas eu d'incitation offerte à la participation.
Sélection des participants ou objet d'étude	<p>La population visée d'agit des femmes enceintes, en Grèce, de 20 ans et plus, ayant passé un dépistage d'anomalies foétales. La grossesse étant d'une temporalité de 20-24 semaines.</p> <p>Toutes les femmes correspondant à la description susmentionnée pouvaient participer à l'étude. Le recrutement s'est fait dans le département universitaire de gynécologie et obstétrique de l'université Aristote de Thessalonique en Grèce. L'article ne donne pas d'explications quant à la procédure de recrutement précisément.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes enceintes, 20-24 semaines ; • 20 ans révolus et plus ; • Avoir fait l'examen de dépistage. • Des critères d'exclusion spécifiques ne sont pas mentionnés. <p>La taille de l'échantillon a été décidée sur un calcul basé sur une approche de précision avec une prévalence de ~12%. La précision a été considérée comme suffisante si un minimum de 2'400 femmes avaient été incluses dans l'étude.</p> <p>Il n'y a pas eu de répartition en groupes témoin et de contrôle.</p>
Choix des outils de collecte des données	<p>Les instruments de mesure utilisées ont été : le test c2 de Pearson pour l'analyse statistique de comparaison des données et le logiciel SPSS V25.0 pour l'ensemble de l'analyse.</p> <p>Il n'y a pas de cotation sur la mesure des données spécifiée.</p> <p>La collecte de données a été faite à partir d'entretiens au niveau des antécédents médicaux.</p> <p>Les variables dépendantes et indépendantes ne sont pas clairement spécifiées dans l'article.</p>
Interventions ou programmes (si applicable)	L'étude ne décrit pas d'interventions spécifiques.

Méthode d'analyse des données	<p>L'analyse s'est faite à l'aide du logiciel SPSS V25.0 (IBM corp)</p> <p>Pour la comparer les données collectées, une analyse statistique a été utilisée à l'aide du test du chi-carré de Pearson.</p> <p>$P < 0.05$ a été définie comme signification statistique.</p>
Résultats	<p>Les caractéristiques de l'échantillon étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes enceintes, 20-24 semaines ; • 20 ans révolus et plus ; • Avoir fait l'examen de dépistage. <p>Les résultats statistiquement significatifs ($P < 0.05$) étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baisse de taux d'avortements à l'adolescence chez les femmes plus jeunes en comparaison aux groupes d'âge 30-34 et 35-39 ; • Les femmes avec des antécédents de 1 ou plus avortements étaient plus susceptibles d'être multipares et fumeuses.
Discussion	<p>Les résultats ont été résumés présentent les informations données sur les résultats significatifs ainsi que la suggestion que ces derniers pourraient aider à établir une base de données statistique au niveau Européen concernant les avortements à l'adolescence afin d'adopter ou apporter des modifications adaptées au niveau de la santé publique.</p> <p>La recherche répond à son objectif de départ en ressortant des données concernant les avortement à l'adolescence ainsi que les facteurs associés à ces taux, comme la multiparité et le tabagisme.</p> <p>Plusieurs études précédentes ont examiné des facteurs associés aux taux d'avortement à l'adolescence, il en ressort : la multiparité et le manque d'éducation sexuelle.</p>
Recommandations & suggestions	<p>Au niveau des recommandations et suggestions, l'étude met en avant :</p> <p>La mise en place d'une base de données statistiques au niveau européen sur les avortements à l'adolescence ;</p> <p>Adapter ou apporter des changements adéquats au niveau politique pour prévenir ces avortements ;</p>

	<p>L'importance d'une éducation sexuelle adéquate est mise en avant.</p> <p>Pour appliquer les suggestions dans la pratique clinique, les données permettraient aux soignants de mettre en avant la prévention aux avortements à l'adolescence ainsi que promouvoir une utilisation efficace des méthodes de contraception.</p> <p>Les limites et biais de l'étude s'agissent de :</p> <p>L'impossibilité d'établir des conclusions causales sûres dû au type d'étude faite (transversale) :</p> <p>Un possible biais lié aux entretiens personnels afin de recueillir les données – selon les auteurs il est peu probable en raison de l'importance du sujet de l'étude ;</p> <p>Un biais de sélection possible dû au fait que les avortements à l'adolescence sont souvent faits en grande discrétion dans des services privés qui n'enregistrent pas toujours les données ;</p> <p>Étude menée uniquement dans un département ce qui pourrait limiter la généralisation des résultats.</p>
Conclusions	<p>La recherche répond à son objectif de départ en ressortant des données concernant les avortement à l'adolescence ainsi que les facteurs associés à ces taux, comme la multiparité et le tabagisme.</p> <p>Les principaux résultats sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La diminution des taux d'avortements chez les adolescentes entre 2000 et 2015 surtout chez les moins de 18 ans ; • Les antécédents d'avortement étaient un facteur influençant la multiparité et le tabagisme dans le futur ; • L'obésité et la procréation assistée n'étaient pas significativement associés à un risque accru d'avortement.

8.3. Annexe 10° : Grille de Tétréault de l'article 10

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS

Identification du titre et du résumé	
Titre	<p>« Women's experiences of having an early medical abortion at home »</p> <p>« Expériences de femmes ayant subi un avortement médical précoce à domicile »</p> <p>Thèmes abordés : avortement, expérience des femmes, domicile</p> <p>Population/question spécifique : femmes qui vivent un avortement médical précoce à domicile</p>
Auteurs-es	<p>Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays).</p> <p>Maria Hedqvist : Poste postdoctoral au centre de recherche clinique du comté de Västmanland en Suède.</p> <p>Lina Brolin : Université de l'Ouest, section de pédagogie sociale et de sociologie, Trollhättan, Suède.</p> <p>Tanja Tydén : Professeur au département de la santé de la femme et de l'enfant, recherche en santé obstétrique et reproductive.</p> <p>Margareta Larsson : chercheuse affilié au Département de la santé des femmes et des enfants, Recherche en santé obstétrique et reproductive.</p>
Mots-clés	<p>Mots-clés : Avortement, médical, avortement à domicile, information, douleur, saignement, l'expérience des femmes</p>
Résumé	<p>Objectifs : évaluer l'expérience des femmes lors d'un avortement médical précoce à domicile et étudier leur perception des informations fournies avant l'avortement. L'expérience visait également à examiner les différences éventuelles entre les groupes de femmes.</p> <p>Méthodologie : étude transversale descriptive et comparative. Des entretiens téléphoniques semi-structurés ont été menés auprès de 119 femmes ayant subi un avortement médical à domicile.</p> <p>Résultats : Près de la moitié des femmes (n=54) ont eu des saignements plus abondants que prévu et un quart d'entre elles (n=31) ont eu des saignements pendant plus de 4 semaines. Un tiers (n=41) a déclaré avoir manqué d'informations, en particulier sur les saignements et la</p>

	<p>douleur. L'expérience de la douleur diffère d'un groupe à l'autre. Les femmes ayant déjà subi un avortement ou accouché, ont ressenti l'avortement moins douloureux que les femmes enceintes pour la première fois ($p= 0.05$).</p> <p>Conclusion : L'information sur les saignements et la douleur devraient être améliorées. Une attention devrait être portée sur les femmes n'ayant jamais eu d'avortement ou d'accouchement, car elles ont déclaré une douleur pire que celle des autres groupes.</p>
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	<p>Justification de l'étude : Les complications graves liées à l'avortement médicamenteux sont rares. Une revue de 65 études datant de 2004 a montré que la fréquence des infections diagnostiquées/traitées après un avortement médicamenteux était inférieure à 1%. Les saignements post avortement sont en général similaires à ceux de règles abondantes prolongées. Dans des cas rares, il peut être nécessaire de faire une transfusion sanguine. Les effets secondaires de l'avortement médicamenteux, sont : douleurs pelviennes, nausées, fièvre, frissons, vomissements, céphalées, diarrhées et vertiges. Les Symptômes sont souvent légers à modéré. La douleur est l'un des plus courant. Les recherches antérieures ont montré que les femmes ayant un âge gestationnel de 50-63 jours, les femmes plus jeunes et une parité inférieure ou nulle avaient besoin d'une analgésie plus importante ou plus forte. Le bon soulagement de la douleur est important et la nécessité d'une analgésie supplémentaire a eu des effets négatifs sur le vécu des femmes. D'autres recherches ont montré que les femmes sont satisfaites du choix de l'avortement à domicile et qu'elles opteraient à nouveau pour cette méthode en cas de besoin. De plus, elles recommanderaient cette méthode à leurs amies. Selon l'Institut national de santé publique, il n'y a pas de directives nationales sur la manière dont l'information, les soins médicaux et le suivi doivent être fournis dans le cadre des avortements médicamenteux à domicile.</p>
Objectifs/questions de recherche	<p>Objectif/question de recherche : évaluer l'expérience des femmes ayant subi un avortement médical précoce à domicile. L'étude visait également à étudier les différences éventuelles entre les groupes de femmes.</p>
Principaux concepts théoriques	<p>Concepts : pas précisé dans l'article.</p>

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE	
Méthodologie	
Questions de recherche	Question de recherche : Pas de question. Evaluer l'expérience des femmes ayant subi un avortement médical précoce à domicile.
Devis	<p>Devis : C'est une étude transversale descriptive et comparative.</p> <p>Rôle du chercheur : pas défini</p> <p>Règles éthiques : étude volontaire, les participantes peuvent se retirer à tout moment. La participation de l'étude n'affecterait pas leurs soins médicaux. Etude approuvée par le comité régional d'éthique médicale d'Uppsala, en Suède.</p>
Sélection des participants ou objet d'étude	<p>Population : Femmes qui vivent un avortement précoce et médicamenteux à domicile. Les participantes sont recrutées au centre de planning familial ambulatoire d'un hôpital universitaire en Suède entre novembre 2012 et février 2013.</p> <p>Critères d'inclusion/d'exclusion : Toutes les femmes ayant subi un avortement à domicile et qui étaient suédoises et anglophones pouvaient participer à l'étude. La barrière linguistique a exclu 12 femmes de l'étude. 157 femmes répondaient aux critères d'inclusion. 10 femmes n'ont pas participé à l'étude pour des raisons liées à l'absence de papiers. 3 femmes n'étaient pas présentes le jour de l'entretien et 25 femmes n'ont pas pu être jointe au téléphone ou n'ont pas souhaité répondre par téléphone.</p>
Choix des outils de collecte de données	<p>Outils collecte de données : EVA pour la douleur, entretiens téléphoniques</p> <p>Collecte des données : une infirmière assistante s'est chargée du recrutement des participants, des entretiens téléphoniques avec un taux de réponse de 76%. Une sage-femme a expliqué la méthode de l'avortement à domicile. Les numéros de la clinique ont été donnés. Elle a ensuite donné le mifépristone à prendre par voie orale à la clinique. Le misoprostol est à prendre à la maison 36-48h après, par voie vaginale. Elles ont reçu du paracétamol et de l'ibuprofène, ainsi qu'un diclofénac</p>

	<p>rectal en cas de vomissements. Des informations sur des moyens de soulager la douleur ont été données. La sage-femme leur a recommandé de ne pas être seules à domicile, et de faire un test de grossesse 4-6 semaines plus tard. Entretiens téléphoniques 6 semaines après l'avortement, afin de vérifier que les femmes ait fait un test de grossesse. La veille de l'entretien, les femmes reçoivent un SMS pour fixer une heure. Le questionnaire contenait 31 questions, à choix multiples ou ouvertes. 4 questions étaient d'ordre sociodémographique (âge, langue, partenaire et éducation) et 3 concernaient les antécédents reproductifs de la femme. 1 question sur l'âge gestationnel et 1 pour savoir si la femme avait fait un test de grossesse après l'avortement. 6 questions sur les informations fournies par la clinique et 2 sur le soutien à domicile. 2 questions sur les saignements et 5 sur la douleur/le soulagement de la douleur. 3 questions sur le contact avec les soins médicaux. 1 question pour savoir si la femme choisirait la même méthode si elle devait à nouveau avoir à subir un avortement. La dernière question permettait à la personne de commenter librement son expérience de l'avortement. Chaque entretien commençait par des informations sur l'objectif de l'étude. Les entretiens téléphoniques ont duré entre 5 et 31 minutes, avec une moyenne de 4.2 minutes. Réponses documentées lors des entretiens.</p>
Méthode d'analyse des données	<p>Méthode d'analyse utilisée : réponses documentées lors des entretiens. Les comparaisons entre les groupes ont été effectuées à l'aide du test exact de Fisher, pour les données nominales. Le test U de Mann-Withney utilisé pour les variables ordinales. Les différences ont été considérées comme statistiquement significatives ($p = 0.05$). Il y avait différents groupes : femmes plus jeunes/plus âgées (divisé par l'âge médian de 26 ans), femmes avec un partenaire/sans partenaire, ayant des enfants/pas d'enfants, avortement antérieur/pas d'avortement antérieur, âge gestationnel de 4-7 semaines/ de 8-9 semaines et différents niveaux d'éducation. Les femmes ayant étudié jusqu'au lycée ont été considérées comme un groupe à faible niveau d'éducation. Les femmes ayant étudié à un niveau post-secondaire ou université ont été considérées comme un groupe d'éducation plus élevé. Modèle de régression logistique binaire avec la douleur comme variable dépendante, pour contrôler l'interaction possible entre l'âge et la parité. Comme variable explicative, nous avons l'âge, la grossesse précédente, l'avortement précédent,</p>

	<p>l'accouchement précédent et le soutien social d'une personne présente.</p> <p>Qui procède à l'analyse : L'ensemble du texte a été lu séparément par les auteurs afin d'identifier les unités de sens, qui ont été comparées avant d'être codées et classées dans un certain nombre de catégories.</p> <p>Logiciel : programme de statistique SPSS version 20, analyse de contenu quantitative pour les questions ouvertes inspirée par Graneheim et Lundman</p> <p>Validation des données : L'ensemble du texte a été lu séparément par les auteurs afin d'identifier les unités de sens, qui ont été comparées avant d'être codées et classées dans un certain nombre de catégories.</p>
Résultats	<p>Présentation des résultats : par sous-thèmes : caractéristiques démographiques et reproductives du participant, expériences de douleur, expériences des saignements, test de grossesse, contact avec la clinique, expériences en matière de soutien et d'information, autres commentaires concernant l'avortement, satisfait de la méthode, expériences concernant l'information fournie, comment les femmes ont été traitées, disponibilité fin de suivi, douleur et analgésie, vécu des saignements</p> <p>Résultats :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caractéristiques démographiques et reproductives : âge gestationnel médian et moyen au moment de l'avortement actuel était de sept semaines, allant de 4-9. 2. Expérience de la douleur : Evaluation par l'échelle visuelle analogique (EVA). La médiane était de 6. Toutes les femmes, sauf 3 utilisent des outils analgésiques fournis par l'hôpital. La majorité des femmes ont dit que le traitement était bon ou très bon, 11% disent qu'il est mauvais et 8% très mauvais. 1/4 des participantes ont utilisé des analgésiques supplémentaires à la maison pendant l'avortement ou les jours/semaines qui ont suivi. Les femmes disent avoir également utilisé de la codéine, du naproxène, du tramadol et de l'aspirine en plus du paracétamol et de l'ibuprofène. 18% des femmes ont eu besoin d'une analgésie pendant plus d'un jour. 65% des femmes ont eu recours à une analgésie non médicale (chaleur, repos, massage). Les femmes plus âgées évaluaient leurs douleurs moins intensément que les femmes plus jeunes. Il y a des différences

	<p>entre les femmes qui ont déjà été enceintes, celles qui ont déjà eu des enfants et/ou qui avaient déjà subi un avortement par rapport aux autres femmes pour qui c'était leur première grossesse. Les participantes qui avaient une personne avec elle pendant l'avortement ont dit avoir eu plus de douleurs que les personnes seules. Aucune différence par rapport au niveau d'éducation, au fait d'avoir un partenaire ou le fait d'être seule.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Les expériences d'avortement et d'accouchement antérieurs sont associés à une douleur moins intense. Les femmes qui ont déjà eu des enfants ont plus souvent qualifié le soulagement de la douleur de bon à très bon par rapport au groupe qui n'a pas eu d'enfants ($p = 0.02$). 4. Expérience saignements : La majorité ont déclaré avoir reçu des informations sur les saignements, 2 femmes ne se souvenaient pas si elles les avait reçu ou non et 12% ont déclaré n'avoir reçu aucune information. Aucune différence entre les groupes pour l'expérience des saignements. $\frac{1}{4}$ des participantes ont saigné pendant plus de 4 semaines et 13% ont saigné pendant plus de 5 semaines. 5. Test de grossesse : $\frac{3}{4}$ des participantes n'avaient pas effectué de test de grossesse à domicile 4-6 semaines après l'avortement. $\frac{1}{3}$ parmi elles pensaient faire un test dans la semaine à venir. Elles ont toutes fait le test moins de 4 semaines après l'avortement. Une femme a prévu de faire un nouveau test et l'une d'entre elles avait retrouvé ses menstruations. Une femme a eu une échographie à la clinique qui montrait qu'il restait des produits de conception, il a été décidé de prendre en charge la grossesse. 6. Contact avec la clinique : $\frac{1}{4}$ des femmes ont contacté la clinique pour : vertiges ($n=1$), nécessité d'un certificat médical ($n=2$), inquiétude quant à la grossesse ($n=3$), processus d'avortement ($n=5$), saignements ($n=9$), douleur-analgésie ($n=13$). 2 femmes ont contacté pour douleur et saignement. 11 femmes avaient consulté la clinique ou des membres du personnel médical. 5 ont pris rendez-vous et 5 sont allées aux urgences. Une femme a appelé l'ambulance, mais n'a pas dû se rendre à l'hôpital. Les raisons de la demande de soins médicaux étaient : vertiges ($n=1$), inquiétude quant à la poursuite de la grossesse ($n=3$), alimentation ($n=4$), douleur/analgésie ($n=5$). 4 de ces femmes ont subi une échographie pour vérifier les produits de
--	--

	<p>conceptions. 2 de ces femmes ont dû subir un curetage, une a été traitée au misoprostol pendant 3 jours en raison d'une grossesse incomplète. L'une d'entre elles s'est vu recommander d'attendre ses prochaines règles. L'une des femmes ayant subi un avortement incomplet a eu besoin d'une transfusion sanguine.</p> <p>7. Expérience de matière de soutien et d'information : 79% avaient de bonnes/très bonnes informations sur les différentes méthodes d'avortement. 80% avaient le choix de prendre le misoprostol à la maison ou à la clinique. 83% des femmes ont reçu la proposition de voir un conseiller, 13% n'ont pas eu cette proposition, 3% ne se souvenaient pas avoir reçu cette information. 88% des participantes avaient un proche présent pendant l'avortement, 97% ont estimé ce soutien était bon/très bon. 88% ont dit s'être senties en sécurité pendant la pratique de l'avortement à domicile. 96% ont compris comment procéder à l'avortement, 4% n'étaient pas sûr. 83% des femmes opteraient à nouveau pour cette méthode, 13% en choisirait une autre et 4% ne savaient pas. Raisons du changement de choix : avortement incomplet et curetage (n=1), sensations physiques telles que douleur/saignement/sensation de froid (n=9), voir l'embryon (n=2), rencontrer l'embryon à la clinique (n=6), préféré l'avortement chirurgical (n=5).</p> <p>8. Autres commentaires concernant l'avortement :</p> <p>a. Satisfaction de la méthode : satisfait de la méthode, qualifiée de bonne, très bonne ou douce. Ils se sentaient bien chez eux.</p> <p>b. Expérience concernant les informations fournies : certains satisfaits, 1/3 ont dit qu'elles auraient voulu avoir des informations sur les saignements après l'avortement. 3 femmes auraient voulu être informées de l'expulsion de l'embryon. Elles auraient aussi voulu avoir des informations sur la douleur et sur le processus de l'avortement. Certaines femmes ont dit ne pas avoir eu beaucoup d'informations sur les autres méthodes, et certaines aurait voulu qu'on leur propose d'avorter à la clinique, même si elles avaient décidé de le faire à domicile.</p> <p>c. Façon dont elles ont été traitées : La plupart des femmes ont dit que l'approche du personnel soignant était plutôt positive, elles l'ont décrite comme « respectueuse, calme et professionnelle » ce qui leur a donné un sentiment</p>
--	--

	<p>d'être en sécurité et bien soignées. Les femmes qui n'étaient pas satisfaites, décrivaient souvent une situation spécifique. 2 femmes ont déclaré qu'on leur avait montré les images de l'échographie pendant l'examen, ce qu'elles ne souhaitaient pas. 3 participantes ont mentionné la présence d'un étudiant pendant l'examen, sans qu'elles soient mises au courant avant.</p> <p>d. Disponibilité et le suivi : certaines ont dit avoir dû attendre trop longtemps avant d'avoir un rendez-vous à la clinique et d'autres disent le contraire. La disponibilité téléphonique était souple, mais certaines fois le temps d'attente était trop long. Certaines n'ont pas eu l'impression qu'on leur avait proposé un suivi à la clinique, et certaines personnes disent que cela leur a fait du bien de savoir que quelqu'un allait les appeler après l'avortement.</p> <p>e. Douleur/analgésie : Beaucoup ont dit avoir des douleurs pendant des jours ou des semaines après l'avortement avec utilisation d'analgésiques pendant cette période. Certaines ont dit que la douleur était pire le jour après l'avortement, avec un besoin de prendre plus d'analgésiques. Certaines participantes auraient voulu avoir quelque chose de plus fort à prendre en cas de besoin.</p>
Discussion	<p>Résumé des résultats : Les résultats se concentrent principalement sur les informations relatives aux saignements et à la douleur. Près de la moitié des femmes avaient subi un avortement et les résultats démontrent qu'elles ont ressenti la douleur comme moins intense que les femmes qui n'en avait jamais subi. Pareil pour les femmes qui ont déjà accouché. Ceci pourrait être dû au fait qu'elles s'attendent à la douleur ou qu'elle est moins intense qu'auparavant ou alors qu'avec l'âge les femmes arrivent mieux à gérer leurs douleurs. 1/5 des femmes ont dit que le soulagement de la douleur fourni par la clinique était mauvais ou très mauvais et 1/4 des patientes ont pris des analgésiques supplémentaires pendant l'avortement. Certaines femmes ont dit avoir pris plus d'analgésiques que ce qui est recommandé. Certaines femmes ont eu recours à l'analgésique sur une longue période. 1/2 des femmes ont estimé des saignements plus abondant que prévu. Les informations du planning familial disent que les saignements peuvent durer jusqu'à 4 semaines après l'avortement, cependant dans cette étude 13% des</p>

femmes ont eu des saignements pendant plus de 5 semaines. La 1/2 des femmes disent ne pas avoir été assez informées sur les saignements. L'expérience des saignement est individuelle et aucun groupe de femmes n'est plus à risque. Changer une serviette imbibée de sang et de caillots plus d'une fois par heure peut indiquer des saignements abondants. 1/2 des participantes n'avaient pas effectuées de test de grossesse ou n'avaient pas l'intention de faire un, malgré les conseils. Souvent elles ne le faisaient pas car elles n'avaient pas de signes de grossesse. 12% des femmes ont avorté seules et il y a des risques lors d'un avortement ainsi qu'un besoin de soutien. Les femmes auraient voulu des informations sur l'expulsion de l'embryon. C'est une infirmière du planning familial qui a recruté les participantes. L'étude a eu un taux de réponse de 76%. Le taux de réponse interne était presque de 100%.

Réponse à l'objectif visé : Elle décrit l'expérience des femmes.

Rattachement à d'autres études : Le fait que les femmes qui avaient déjà accouché aient ressenti l'avortement comme moins douloureux est confirmé par des recherches antérieures. Une autre étude a montré que le risque relatif à l'utilisation d'analgésiques narcotiques diminuait chez les femmes ayant déjà accouché. Cependant, ces études ne confirment pas les résultats de la diminution de la douleur en cas d'expérience antérieure d'avortement. L'expérience de l'avortement antérieur n'est pas la même pour toutes les femmes. Plusieurs études ont montré que l'âge gestationnel affecte l'expérience de la douleur, ce qui n'est pas le cas dans cette étude car les femmes avaient un âge gestationnel plus ou moins similaire. Une étude suédoise montre que plus de la moitié des femmes ont eu besoin d'une analgésie orale supplémentaire. Une autre étude a démontré qu'une bonne gestion de la douleur était égale à une satisfaction globale élevée de l'avortement. Dans cette étude 1/2 des femmes ont estimé des saignements plus abondant que prévu, ce qui contredit une autre étude dans laquelle moins 1/5 des femmes avait dit cela. Une étude de 2006 montre que 67% des appels téléphoniques peuvent être évités si les patientes ont des informations suffisantes sur les saignements. Selon une étude de Jackson et al. un tiers des femmes ayant subi un avortement incomplet pourraient ne pas être identifiées si on se basait uniquement sur les symptômes et les antécédents de l'avortement.

Recommandations & suggestions	<p>Recommandations & suggestions et/ou étapes futures :</p> <p>L'analgésie pourrait être différencié pour optimiser le soulagement de la douleur pour chaque femme ; des doses supplémentaires d'analgésie pourraient être proposées aux femmes qui vivent leur première grossesse.</p> <p>L'information sur l'analgésie devrait être plus précise et certaines femmes ont besoin d'une analgésie plus forte.</p> <p>Améliorer l'information sur les saignements</p> <p>Fournir de meilleures informations sur les risques minimes que les femmes ont de continuer la grossesse malgré l'avortement, afin qu'elles fassent un test de grossesse.</p> <p>Fournir un test de grossesse aux femmes qui avortent</p> <p>Donner des informations sur l'expulsion de l'embryon</p> <p>Application dans la pratique : pas de données.</p> <p>Limites /biais de l'étude : une seule personne pour le recrutement, car lorsque cette personne n'est pas là, aucune femme n'a pu être recrutée. Cependant ces femmes non recrutées étaient aléatoires et non systématiques, ce qui renforce la fiabilité de l'étude. Les entretiens téléphoniques peuvent offrir un plus grand sentiment d'anonymat avec des réponses plus honnêtes, mais cela peut aussi être compliqué pour les femmes qui ne peuvent pas parler sans être dérangées, ce qui les incite à être plus prudentes dans leurs réponses. Les femmes ont cependant pu choisir l'heure de l'entretien. Elles ont été contactées par SMS pour confirmer l'heure le jour avant. Les femmes non anglophones ou qui ne sont pas suédoises ont été exclues. Les femmes ont indiqué elles-mêmes leur âge gestationnel, il aurait été préférable que l'infirmière assistante chargée du recrutement à la clinique ait documenté l'âge gestationnel sur la liste de recrutement.</p>
Conclusions	<p>Les femmes ont jugé insuffisantes les informations sur la douleur, le soulagement de la douleur et les saignements. Il peut être nécessaire de revoir les habitudes en matière de soulagement de la douleur. Une dose d'analgésique supplémentaire à prendre en cas de besoin pourrait être une option. Elles ont également dit avoir eu un manque d'informations sur divers sujets, ce qui mériterait un meilleur approfondissement à ce niveau-là. Une attention particulière devrait être accordée aux femmes qui n'ont</p>

	pas d'expérience préalable de l'avortement ou de l'accouchement, ce qui pourrait contribuer à une meilleure satisfaction à l'égard des soins et un meilleur sentiment de sécurité et de bien-être pendant l'avortement à domicile.
--	--

8.4. Annexe 11° : Grille de Tétréault de l'article 11

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<p>« Patient choice of adjunctive nonpharmacologic pain management during first-trimester abortion: a randomized controlled trial » / « Choix des patients d'un traitement complémentaire non pharmacologique pour la gestion de la douleur pendant l'avortement du premier semestre : un essai contrôlé randomisé »</p> <p>Les thèmes abordés sont l'avortement premier trimestre, les traitements non pharmacologiques, la gestion de la douleur.</p> <p>Le titre réfère aux femmes ayant subi un avortement par aspiration au cours du premier trimestre de grossesse.</p>
Auteurs-es	<p>Les auteurs sont :</p> <p>Mary Tschann (Department of Obstetrics and Gynecology, John A burns School of Medicine, University of Hawaii at Manoa, Punahou, Honolulu)</p> <p>Jennifer Salcedo</p> <p>Reni Soon</p> <p>Bliss Kaneshiro</p> <p>Les lieux de rattachement des autres auteurs ne sont pas précisés.</p>
Mots-clés	Les mots-clés sont : l'avortement et le traitement non pharmacologique de la douleur au premier trimestre
Résumé	L'objectif de la recherche est de déterminer si le fait d'offrir aux patientes le choix d'un traitement

	<p>complémentaire non pharmacologique de la douleur pendant l'avortement par aspiration du premier trimestre entraîne une diminution des scores de douleurs vis-à-vis des soins standard.</p> <p>La méthodologie de recherche est la suivante, des femmes ayant subi un avortement par aspiration au premier trimestre ont été recrutées à l'Université d'Hawaï. Les participantes ont été divisées en un groupe contrôle, recevant les soins standards (ibuprofène 800mg per os 30min avant l'intervention, un bloc paracervical à la lidocaïne et des conseils du prestataire) et un groupe interventionnel, recevant les soins standards plus le choix d'une option non pharmacologique de gestion de la douleur. Puis le score de la douleur a été évalué à partir d'une échelle visuelle analogique de 100mm, immédiatement après l'intervention.</p> <p>Pour ce qui est des résultats, 74 femmes ont participé à l'essai et ont rapporté un score de douleur moyen de 61,9+-27,0. Les participantes des deux groupes ont rapportés un score de douleur similaire (contrôle 60,6+-28,8 / intervention 63,3+-28,5). Les prestataires ont sous-estimé la douleur des participantes par rapport à leur propre score (médecins 46+-18,5 / participants 61,9+-27,0). Les participantes du groupe interventionnel ont le plus souvent choisi la musique d'ambiance comme moyen non pharmacologique (59%) et elles ont le plus souvent choisi plusieurs interventions non pharmacologiques (41%). Au final, les scores de douleur des deux groupes étaient similaires ainsi que la durée et la difficulté de la procédure. Néanmoins, les moyens non pharmacologiques n'ont pas d'impact négatifs et permettent l'intégration du choix des patients dans le processus.</p>
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	Cet article est pertinent car il examine l'efficacité des moyens non pharmacologiques pour la gestion de la douleur lors d'une aspiration au premier trimestre, une procédure courante dans les cliniques d'avortement aux États-Unis. Les résultats de l'étude fournissent des informations importantes pour les fournisseurs de soins de santé qui cherchent à améliorer la qualité des soins

	pour les patients subissant une aspiration au premier trimestre.
Objectifs/questions de recherche	L'objectif de la recherche est de déterminer si le fait d'offrir aux patientes le choix d'un traitement complémentaire non pharmacologique de la douleur pendant l'avortement par aspiration du premier trimestre entraîne une diminution des scores de douleurs vis-à-vis des soins standard
Principaux concepts théoriques	L'étude mentionne les principes de la liberté de choix et le contrôle, qui réduisent l'anxiété et augmentent l'effet antalgique.

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche	<p>Les variables importantes sont : les moyens non pharmacologiques pour la gestion de la douleur (variable indépendante) et les scores de douleur des patients (variable dépendante).</p> <p>L'objectif de la recherche est de déterminer si l'ajout de moyens non pharmaceutiques de gestion de la douleur aux soins standards, lors de l'avortement du premier trimestre par aspiration, permettent de diminuer la douleur.</p> <p>L'hypothèse de recherche principale de cette étude est que l'ajout de moyens non pharmacologiques pour la gestion de la douleur lors d'une aspiration au premier trimestre réduira les scores de douleur des patients par rapport aux soins standard. Les auteurs ont également formulé une hypothèse secondaire selon laquelle les scores de douleur seraient plus faibles chez les patients qui ont choisi de recevoir des moyens non pharmacologiques pour la gestion de la douleur par rapport à ceux qui ont choisi de ne pas les recevoir.</p>
Devis	<p>Le devis de l'étude est une étude randomisée contrôlée.</p> <p>Les participants ont été assignés au hasard à l'un des deux groupes : le groupe de contrôle qui a reçu les soins standard pour une aspiration au premier trimestre, ou le groupe d'intervention qui a eu la possibilité de choisir</p>

	<p>parmi plusieurs moyens non pharmacologiques pour la gestion de la douleur en plus des soins standard. Les scores de douleur ont été mesurés à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA) à plusieurs reprises avant, pendant et après la procédure.</p> <p>Les auteurs ont obtenu l'approbation du comité d'éthique de l'université pour mener l'étude. Les participants ont été informés des risques et des avantages potentiels de l'étude et ont donné leur consentement éclairé avant de participer. Les auteurs ont également pris des mesures pour minimiser les biais potentiels, telles que la randomisation des participants et la dissimulation de l'affectation des groupes. Les données ont été traitées de manière confidentielle et anonyme pour protéger la vie privée des participants.</p>
Sélection des participants ou objet d'étude	<p>La population visée est celle des femmes âgées d'au moins 14 ans, ayant consenti pour un avortement chirurgical à moins de 14 semaines de gestation.</p> <p>Les patientes ayant consenti à une intervention au Women's Options Center du département d'obstétrique, de gynécologie et de santé des femmes de l'université d'Hawaï.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient les suivants : les patientes devaient être âgées d'au moins 14 ans, parler anglais et avoir donné leur consentement pour une aspiration au premier trimestre ou une gestion de fausse couche pour une grossesse d'âge gestationnel inférieur à 14 semaines. Les patientes âgées de 14 à 17 ans ont également nécessité le consentement parental pour participer à l'étude. Les patientes qui ont demandé la présence d'un compagnon pendant la procédure n'ont pas été incluses dans l'étude.</p> <p>Oui, il y a une justification de la taille de l'échantillon dans l'étude. Les auteurs ont déterminé que la différence minimale cliniquement significative dans les scores de douleur entre les groupes de contrôle et d'intervention était de 20 mm sur une échelle visuelle analogique (EVA) de 100 mm. Pour détecter cette différence avec une puissance de 80% et un alpha de 0,05 à deux côtés, il fallait 34 participantes par groupe. En prévision d'un taux de perte de 10%, les auteurs ont recruté 6 participantes supplémentaires pour un total de 74 participantes. Par conséquent, la taille de l'échantillon a été justifiée en fonction de la différence minimale cliniquement</p>

	<p>significative dans les scores de douleur et de la puissance statistique requise pour détecter cette différence.</p> <p>Un statisticien non associé à l'étude a procédé à la randomisation en utilisant une assignation aléatoire bloquée générée par ordinateur pour le contrôle ou l'intervention. Les assignations ont été scellées dans des enveloppes opaques et numérotées. Afin de diminuer les biais, les participantes n'ont pas été informées de l'hypothèse principale de l'étude.</p>
Choix des outils de collecte des données	<p>Toutes les participantes ont rempli une EVA de 100mm pour évaluer la douleur avec comme échelle 0=pas de douleur et 100=la pire douleur jamais ressentie. Les participantes ont également fait part de leur anxiété avec une échelle similaire.</p> <p>Il n'y pas de précisions sur la cotation des outils sont-elles donnée.</p> <p>La période d'étude s'étendait de novembre 2015 à juillet 2016. Immédiatement après l'intervention, les scores VAS ont été recueilli pour la douleur globale liée à l'intervention. Ensuite, 10 minutes après l'intervention, la douleur actuelle et la satisfaction globale de la gestion de la douleur ont été consignés. Puis 15 minutes après l'intervention, les prestataires ont rempli une échelle de Likert évaluant la difficulté de l'intervention et une EVA de leur perception de la douleur pendant l'intervention.</p> <p>Les variables sont : les moyens non pharmacologiques pour la gestion de la douleur (variable indépendante) et les scores de douleur des patientes (variable dépendante). Les auteurs ont également examiné d'autres variables telles que l'âge, la race/ethnicité, le niveau d'éducation et le nombre de visites précédentes à la clinique comme variables de contrôle.</p>
Interventions ou programmes (si applicable)	<p>L'un des deux chercheurs a dispensé à chaque participante des conseils standardisés avant l'intervention, expliquant la procédure étape par étape. Le groupe témoin a ensuite suivi la procédure standard du cabinet pour la suite de la prise en charge.</p> <p>Pour le groupe contrôle, une discussion sur la gestion de la douleur a été menée avec les participantes. Cette intervention de 5-7 minutes avait pour but d'encourager les prestataires à se sentir autonome et engagée dans la gestion de la douleur. Ainsi qu'à réfléchir aux</p>

	compléments non pharmacologiques qu'elles pourraient utiliser.
Méthode d'analyse des données	<p>Les données ont été analysées à l'aide de tests statistiques appropriés pour déterminer si l'ajout de moyens non pharmacologiques pour la gestion de la douleur a entraîné des scores de douleur significativement plus faibles par rapport aux soins standard. Les tests statistiques utilisés comprenaient des tests du chi-carré ou des tests exacts de Fisher pour les variables catégorielles. Le test t de Student pour les résultats continus paramétriques. Le test U de Mann-Whitney pour les résultats continus non paramétriques.</p> <p>Les analyses ont été effectuées à l'aide du SPSS 24 et les données de l'étude ont été gérées à l'aide d'outils de capture de données électroniques REDCap.</p>
Résultats	<p>Au total 74 femmes ont été incluses dans l'étude, d'après les critères d'éligibilité, toutes venant pour un avortement chirurgical.</p> <p>L'âge des participantes allait de 17 à 45 ans avec un âge gestationnel de 28 à 94 jours.</p> <p>Les médecins ont sous-estimé la douleur par rapport au score rapporté par les participantes ($P < 0.01$).</p> <p>Les scores de douleur moyens étaient similaires dans le groupe d'intervention et le groupe de contrôle ($60,6 \pm 28,8$ vs $63,3 \pm 28,5$, $p = 0,54$). La douleur 10 minutes après l'intervention, la durée de l'intervention et l'évaluation par le médecin de la difficulté de l'intervention étaient également similaires entre les groupes.</p> <p>Les médecins ont sous-estimé la douleur par rapport au score rapporté par les participantes ($P < 0.01$).</p> <p>Les auteurs suggèrent que l'ajout de moyens non pharmacologiques pour la gestion de la douleur pourrait être bénéfique pour réduire l'anxiété avant les procédures invasives, même si cela n'a pas d'effet significatif sur la douleur elle-même.</p> <p>Plus précisément, les scores d'anxiété aigus ont diminué de 11,5 points sur l'échelle VAS de 100 mm chez les patients qui ont reçu des moyens non pharmacologiques pour la gestion de la douleur, par rapport à une diminution de 4,5 points chez les patients qui n'ont pas</p>

	<p>reçu de moyens non pharmacologiques. Les auteurs notent que cette différence était statistiquement significative ($p = 0,02$).</p>
Discussion	<p>Le fait de proposer un choix d'adjuvants non pharmacologiques pour la prise en charge de la douleur n'a pas entraîné de diminution des scores de douleur. Les résultats n'ont toutefois pas été interprétés individuellement selon l'intervention adjuvante choisie. Donc nous ne savons pas si la douleur était plus ou moins forte selon l'intervention choisie.</p> <p>Les résultats de l'étude sont négatifs, toutefois les auteurs les interprètent d'après le concept de fatigue décisionnelle. C'est-à-dire qu'au fur et à mesure qu'une personne prend une série de décisions elle trouvera moins de valeur dans chaque option. Il est également possible que les conseils pour préparer l'intervention puissent avoir masqué l'effet de l'intervention en augmentant le coping ou l'anxiété dans les groupes contrôle et intervention.</p> <p>D'autres études sur les moyens non pharmaceutiques dans la gestion de la douleur rapportent des résultats paradoxaux. Certaines études montrent un avantage significatif et d'autres aucun. Les différences dans les études pourraient être dues aux différences dans les populations étudiées.</p> <p>Conformément à d'autres études, les scores de douleur des participantes ont considérablement diminué 10 minutes après la fin de l'intervention.</p>
Recommandations & suggestions	<p>Des études futures devraient se concentrer sur l'identification des patients qui pourraient bénéficier de moyens non pharmacologiques pour la gestion de la douleur. De plus, une grande partie des potentielles participantes a préféré avoir un accompagnateur dans la salle, ce pour quoi elles ont été exclues de la recherche, ce pour quoi des études futures devraient examiner si la présence d'accompagnateur peut améliorer la gestion de la douleur.</p> <p>Il est suggéré par cette étude que l'utilisation de musique d'ambiance et non sur des écouteurs pourrait améliorer la satisfaction des patientes sur l'intervention et ne pas avoir d'impact négatif car elles pourraient toutefois entendre les conseils des prestataires pendant l'intervention. En outre, les auteurs suggèrent que l'ajout</p>

	<p>de moyens non pharmacologiques pour la gestion de la douleur pourrait être bénéfique pour réduire l'anxiété, ce qui pourrait être proposé aux patientes par les cliniciens, en particulier les patientes anxieuses.</p> <p>La petite taille de l'échantillon et le lieu unique de l'étude limite la puissance de l'étude. Les différentes interventions proposées pour la gestion de la douleur ont rendu l'évaluation difficile et peuvent avoir induit des biais tout comme l'évaluation qui s'est fait à différent moment de la procédure.</p>
Conclusions	En conclusion, les patientes des deux groupes ont obtenus des scores similaires dans l'évaluation de la douleur et dans la satisfaction. Ces techniques n'ont toutefois pas eu d'impact négatif.

8.5. Annexe 12° : Grilles de Tétreault de l'article 12

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<p>« Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy »</p> <p>Prise en charge des femmes qui subissent une interruption médicale de grossesse au deuxième trimestre</p> <p>Thèmes abordés : Interruption médicale de grossesse, expériences et perceptions infirmières et des sages-femmes</p> <p>Population : femmes qui subissent une interruption médicale de grossesse au deuxième trimestre</p>
Auteurs-es	<p>Inga-Maj Andersson : Département de la santé des femmes et des enfants, Karolinska Institutet Södersjukhuset, Stockholm, Suède.</p> <p>Kristina Gemzell-Danielsson : Département de la santé des femmes et des enfants, division de l'obstétrique et de la gynécologie, Karolinska Institutet, centre OMS, hôpital universitaire Karolinska, Stockholm, Suède.</p>

	Kyllike Christensson : Département de la santé des femmes et des enfants, Karolinska Institutet, Stockholm, Suède.
Mots-clés	Mots-clés : Avortement, deuxième trimestre, entretien, analyse de contenu, infirmières, sages-femmes,
Résumé	<p>Objectif : Explorer les expériences et les perceptions des infirmières/sages-femmes s'occupant des femmes subissant une interruption médicale de grossesse au deuxième trimestre.</p> <p>Méthode : étude qualitative avec des entretiens semi-structurés. Se déroule dans 3 services d'une clinique gynécologique d'un hôpital général de Stockholm. 21 infirmières et sages-femmes qui ont des expériences en lien avec l'avortement au deuxième trimestre se sont faites interrogées. Les entretiens ont été retranscrits mot à mot, puis analysés avec une analyse de contenu qualitative pour identifier les thèmes communs.</p> <p>Résultats : Les deux thèmes ressortant sont : « Le soi professionnel » avec 6 sous thèmes décrivant les expériences et perceptions décrites en termes de comportement professionnel et « le soi personnel » avec 4 sous-thèmes sur les expériences et perceptions, décrites sous forme de valeurs personnelles.</p> <p>Conclusion : La prise en charge des femmes subissant une interruption médicale de grossesse, nécessite des connaissances professionnelles, de l'empathie et la capacité de réfléchir à des attitudes et des considérations éthiques. Les situations compliquées sont plus faciles à gérer avec des connaissances et une expérience accrue. Le sentiment de soutenir le droit des femmes permet de surmonter les difficultés. Les résultats démontre la nécessité d'une formation, d'un mentorat et d'un soutien par des collègues expérimentés, afin de se sentir plus en sécurité dans leur implication. Le mentorat, les collègues expérimentés et les possibilités structurées de réflexion sur les questions éthiques, permettent aux infirmières/sages-femmes d'acquérir la sécurité dans leur rôle professionnel et de se sentir confiantes. Le sentiment de faire quelque chose de bien pour les droits des femmes permet de surmonter les difficultés lors de ces prises en soins.</p>
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	

Pertinence	<p>Les femmes subissant une IVG peuvent se trouver dans une situation complexe avec des besoins émotionnels et existentiels qui nécessitent des soins fondés sur l'expérience et l'empathie. Lors d'un avortement au deuxième semestre, il y a plus de complications possibles et une plus grande implication des prestataires de soins. Le recours à l'intervention d'urgence médicale de grossesse au deuxième trimestre (MTOP) est de plus en plus fréquent dans le monde. En Suède, cette méthode a remplacé d'autres méthodes pour l'avortement au deuxième trimestre. En Suède c'est la méthode recommandée par l'OMS en termes d'interruption de grossesse, c'est-à-dire 200mg de mifépristone et 36-48h plus tard, une dose de 800 ug de misoprostol par voie vaginale, puis des doses répétées de misoprostol 400 ug jusqu'à l'expulsion. Paracétamol et AINS sont donnés pour la douleur et parfois de la morphine IV ou un blocage paracervical. Les infirmières et sages-femmes s'occupent souvent des femmes qui subissent cette méthode au deuxième trimestre. Jusqu'à présent seul quelques études se sont concentrées sur les expériences des infirmières/sages-femmes qui accompagnent ces femmes. Une étude a montré que 35% des personnes interrogées avaient des réticences à travailler avec des femmes subissant une interruption médicale de grossesse. L'utilisation croissante de l'IVG au deuxième trimestre, l'implication croissante des infirmières/sages-femmes dans les soins d'avortement et la plupart des études sur les expériences des professionnels de la santé, se concentrent souvent sur l'interruption de grossesse précoce et moins pour le deuxième trimestre.</p>
Objectifs/questions de recherche	<p>Objectifs : L'objectif de l'étude est d'explorer les expériences et les perceptions des infirmières/sages-femmes qui s'occupent des femmes subissant un avortement au 2^{ème} trimestre.</p>
Principaux concepts théoriques	<p>Concepts : pas d'informations là-dessus.</p>

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE	
Méthodologie	
Questions de recherche	Question de recherche : approche qualitative pour mieux comprendre et saisir les perceptions et les expériences des infirmières/sages-femmes qui s'occupent des femmes subissant une intervention médicale d'urgence au deuxième trimestre.
Devis	<p>Devis de l'étude : étude qualitative avec des entretiens semi-structurés. Devis transversal.</p> <p>Rôle du chercheur : Analyse par les chercheurs. I.M.A. a conçu, réalisé, analysé et rédigé l'article. K.C. a analysé l'article avec I.M.A.. K.D.G. avait la responsabilité globale du financement, de la conception et de la production de l'article. Tous les auteurs ont participé aux discussions et à la rédaction du manuscrit.</p> <p>Les règles éthiques : étude approuvée par le comité régional d'éthique du Karolinska Institutet à Stockholm.</p>
Sélection des participants ou objet d'étude	<p>Population visée : Participants recrutés dans 3 unités de soins gynécologiques d'un hôpital général de Stockholm. 40 infirmières et 10 sages-femmes travaillent dans ces unités. Environ 500 avortement au 2^{ème} trimestre sont pratiqués chaque année sur le site. Les infirmières/sages-femmes sont responsables de l'administration des médicaments, des soins prodigués pendant le processus d'accouchement/avortement. Participants volontaires. Participation confidentielle et consentement éclairé obtenu par l'enquêteur avant l'entretien.</p> <p>Critères d'inclusion, d'exclusion : /</p>
Choix des outils de collecte de données	<p>Collecte de données : invitation donnée lors de 6 réunions sur le lieu de travail, accompagnée d'informations verbales et écrites sur le sujet. 21 infirmières et sages-femmes ont été intéressées et ont contacté un des auteurs par courrier et ont été interrogées. Les entretiens permettent de recueillir les points de vues et idées de la personne interrogée.</p> <p>Entretiens individuels semi-structuré avec des questions pour approfondir les réponses. Un cas hypothétique, concernant 1 jeune femme ayant subi un avortement répété au deuxième trimestre et exprimant une douleur</p>

	émotionnelle, a été utilisé pour saisir les points de vue de la personne interrogée sur les soins aux patients. Un entretien pilote a été enregistré sur vidéo et le produit a été discuté avec 10 étudiants chercheurs, ce qui a permis de poser des questions plus ouvertes. Tous les entretiens ont été fait entre avril 2010 et juillet 2012 et ont duré entre 17 et 35 minutes. Retranscrits mot à mot.
Méthode d'analyse des données	<p>Méthode d'analyse : analyse de contenu pour interpréter la réalité en créant des unités de contenu liées au contexte étudié. Analyse de contenu thématique a en commun un contenu dérivé de textes issus d'entretiens avec des personnes dans un contexte donné.</p> <p>Lecture du texte retranscrit, à plusieurs reprises, par les chercheurs. Unités de sens ont été identifiées et extraites du texte transcrit individuellement par deux chercheurs, qui ont ensuite attribué des codes aux unités pour résumer le contenu. Il y a eu une discussion des codes, et les mots et phrases probables ont été regroupés en 14 catégories afin de décrire systématiquement et objectivement des modèles dans la manière dont les infirmières et les sages-femmes ont exprimé leurs sentiments et leurs pensées. Deux thèmes ont émergé : « le soi professionnel » et « le soi personnel ». Thèmes discutés par l'ensemble des chercheurs lors de séances de séminaires avec d'autres sages-femmes participant à la recherche.</p>
Résultats	<p>17 infirmières et 4 sages-femmes, âgées de 25-59 ans, avec une expérience de soins liés à l'avortement allant de 2 mois à 17 ans, ont participé à l'étude.</p> <p>Analyse a révélé 2 thèmes : « le soi professionnel » avec 6 sous thèmes décrivant les expériences et perceptions décrites en termes de comportement professionnel et le « soi personnel » avec 4 sous-thèmes contenant les expériences et perceptions décrites en termes de valeurs personnelles.</p> <p>Le fait d'avoir des connaissances cliniques sur l'interruption médicale d'urgence du deuxième trimestre a été décrite comme importante. Savoir que l'on est compétent donne de la force et un sentiment de sécurité, ce qui facilite une communication calme et sûre. Celles étant moins expérimentées ont parfois eu l'impression de transférer leur propre anxiété aux femmes lorsque des complications ou événements ou réactions inattendues. Elles ont exprimé le besoin d'une formation technique afin</p>

	<p>de se sentir plus compétents dans les situations de soins infirmiers.</p> <p>Des informations détaillées ont été fournies pour créer un sentiment de sécurité chez la femme avant et pendant l'intervention. Les infirmières/sages-femmes ont utilisé des stratégies de communication pour réduire le stress causé par des informations émotionnellement difficiles. Les participants ne voulaient pas effrayer la femme à propos de la douleur ou du mensonge. La présence d'un interprète serait bien si la personne ne parle pas la langue.</p> <p>Fournir un traitement adéquat pour la douleur. Certaines infirmières/sages-femmes ont décrit un sentiment d'impuissance lorsqu'elles ne parviennent pas à trouver une méthode optimale pour soulager la douleur sévère. Le bloc paracervical serait souhaitable qu'il soit fait par les sages-femmes, élargissement des compétences. Outils d'évaluation de la douleur physique, la douleur d'origine mentale et existentielle a été évaluée. L'utilisation thérapeutique de la présence, de l'écoute et de la communication professionnelle étaient des moyens pour soulager la douleur de manière satisfaisante.</p> <p>Il est important de déceler les différentes personnalités des patientes et d'adapter les soins aux souhaits de la femme. La capacité à comprendre les causes sous-jacentes des réactions des femmes se développe au fil des ans. Les infirmières/sages-femmes sont capable de sentir l'atmosphère et les besoins spécifiques de la femme et de comprendre leur communication non verbale. Il faut une attitude permissive, permettant aux femmes d'exprimer leurs sentiments intérieurs et le fait de poser des questions. La communication pourrait être entravée si la femme n'exprimait pas ses pensées et sentiments. Il faut essayer d'établir un contact plus étroit dans ces situations et de détendre l'atmosphère, en rappelant une expérience personnelle ou donnant un contact corporel.</p> <p>La manipulation du fœtus est difficile, il faut le traiter avec dignité. Si le fœtus montre des signes de vies, les infirmières/sages-femmes ne l'abandonnaient pas avant que tout signe de vie ait disparu. La majorité des participantes ont trouvé désagréable de voir des signes vitaux chez un fœtus, néanmoins elles ont trouvé des moyens de les gérer pour réduire l'inconfort et pour se déconnecter de leurs propres pensées. Les femmes qui avortent pour causes de malformations, peuvent lui dire au revoir, les autres femmes voyaient le fœtus que si elles le demandaient. Les participantes ont dit que seul la</p>
--	--

	<p>femme peut décider du sort du fœtus et que le fait de voir le fœtus peut aggraver la situation pour la femme.</p> <p>Il y a un besoin de temps de réflexion, dans l'organisation des soins de santé et en elles-mêmes. Le souhait d'augmentation des ressources a été spécifié, car cela permettrait aux femmes de disposer de plus de temps en s'occupant d'un moins grand nombre de patients à la fois et d'avoir une plus grande liberté d'action. Il faut avoir des débriefings réguliers. Le soutien par les collègues et la réflexion permet de développer la capacité à trouver des solutions pour acquérir des connaissances pratiques et la capacité d'aller de l'avant.</p> <p>Souhait d'une éducation sur le développement du fœtus, avec des questionnements sur la capacité ou non du fœtus à survivre à un avortement, ainsi que sur les attitudes à l'égard des droits de la femme et de l'avortement.</p> <p>Conflit entre le devoir et le comportement : traiter tout le monde de manière égale. Se comporter de manière neutre et taire ses opinions personnelles est important. Si les femmes étaient dur ou indifférentes, il est difficile de maintenir leur opinion sur le droit des femmes à l'avortement. Pour certaines c'est un moyen de contraception. Une sage-femme a dit être triste face à la perte de toutes ces vies en bonne santé, par rapport à des femmes qui luttent contre des problèmes d'infertilité.</p> <p>Gérer les émotions : sentiment de soulagement, de gratitude et de joie pour un travail bien fait. Intérioriser ses émotions, la colère et l'indignation sont perçues comme des émotions interdites. Le sentiment de chagrin, de peine et tristesse ont été partagés avec les femmes sans pleurer.</p> <p>S'identifier à la femme : femmes en âge de procréer s'identifient parfois, et imaginent la tristesse du moment. Identification aux sentiments des parents de la femme aussi.</p> <p>Développer la sécurité intérieure et la maturité : une confiance intérieure et une compréhension accrue des diverses situations des femmes ont été développées. Le point de vue sur l'intervention médicale d'urgence d'interruption de la grossesse est assez nuancé. La prise de conscience de leurs propres émotions peut être considéré comme un processus de maturation.</p>
--	---

Discussion	<p>Résumé des résultats : Les participants sont considérés comme un échantillon représentatif du personnel des services de gynécologie en Suède, avec des connaissances théoriques et des expériences variées en matière de soins infirmiers et de sages-femmes. Il y a 2 thèmes : « le soi professionnel » et « le soi personnel ». Il peut y avoir un conflit entre les deux, entre ce que les infirmières doivent faire dans le cadre de leurs obligations professionnelles et de leurs pensées profondes. Les situations difficiles deviennent plus faciles à gérer avec l'expérience et les connaissances. Le sentiment de soutenir le droit des femmes permet de surmonter les difficultés. Les participantes savaient que les soins professionnels, avec une attitude non critique et le respect pendant la procédure, sont importants pour la santé et la sécurité des patients. Certains participants ont exprimé des contradictions dans leurs opinions, leurs attitudes et émotions, notamment lors des cas de gestation avancée. Les jeunes femmes considèrent parfois l'avortement comme un moyen de contraception en raison des effets secondaires des contraceptifs. Les participants ont dit avoir du mal de parler de leur métier à leurs proches, par peur d'être mal compris, ils hésitent à parler de leur implication dans les soins liés à l'avortement du deuxième trimestre. Ils souhaitent tout de même informer les gens pour améliorer les soins liés à l'avortement. Une meilleure compréhension des femmes se développe avec l'expérience, mais pas le point de vue sur l'interruption médicale d'urgence. Les infirmières impliquées nécessitent un mentorat, et le soutien de l'équipe est considéré comme une stratégie d'adaptation. Le débriefing et les discussions éthiques avec les collègues et conseillers plus expérimentés ont aidé les participants à évoluer dans leur rôle professionnel. Une compréhension intuitive vient avec l'expérience. Lors du 2^{ème} trimestre, il y a l'accouchement du fœtus et la douleur qui va avec. Les infirmières ont évolué avec leurs perceptions et expériences. La douleur et le désir de la soulager est difficile. Les soins aux patients souffrant de douleur ont été décrits comme difficiles. L'infirmière doit trouver d'autres moyens pour soulager la douleur, en étant présentes et à l'écoute. Les soins liés à l'avortement du second trimestre sont faits à l'hôpital, où les infirmières reçoivent une formation en emploi. Sentiments négatifs face aux manipulations du fœtus et donc ont élaboré des stratégies pour faire face aux situations compliquées. L'importance de leur travail vaut la peine selon elle de surmonter ces sentiments désagréables. Il peut être difficile pour les</p>
------------	---

	<p>infirmières de devoir manipuler des parties de fœtus. La vision du fœtus est souvent demandée lors de malformations physiques.</p> <p>Réponse à l'objectif : étude sur les perceptions et expériences des infirmières et sages-femmes, donc oui cela répond.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rattachement à d'autres études : selon une étude antérieure, le soulagement réussi de la douleur est signalé comme un facteur important dans le sentiment d'autonomisation et le bien-être général des infirmières, et la frustration a été signalée lorsque la douleur n'avait pas été soulagée. Des études antérieures ont montré aussi que la prise en charge d'un fœtus avorté, en particulier dans les dernières semaines de gestation, est une tâche émotionnellement difficile pour le personnel infirmier. Cela peut être prononcé chez les infirmières qui manquent d'expérience clinique. Sentiments négatifs face aux manipulations du fœtus et donc ont élaboré des stratégies pour faire face aux situations compliquées selon une étude antérieure.
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recommandations : prévoir plus de temps pour la réflexion et pour les discussions éthiques et théoriques. ▪ Limites /biais de l'étude : quotta sages-femmes et infirmières pas proportionnel. La compréhension préalable du contexte par l'enquêteur principal peut avoir facilité l'intérêt des personnes interrogées pour la douleur, et le traitement de la douleur peut avoir influencé les personnes interrogées à souligner les problèmes liés à la gestion de la douleur plus qu'elles ne l'auraient fait sans cette connaissance.

Conclusions	<ul style="list-style-type: none">▪ Cette étude met en lumière les émotions suscitées par les expériences de soins du deuxième trimestre chez les infirmières/sages-femmes. Les résultats confirment la nécessité d'une formation, d'un encadrement et d'un soutien par les collègues expérimentés pour aider les infirmières/sages-femmes à se sentir confiantes dans leur situation de vie personnelle.
-------------	---