

Bachelor of Science HES-SO en Soins Infirmiers

Volée automne 2020

*Cultiver le pouvoir décisionnel, honorer la
diversité culturelle : accompagner les femmes
immigrées ayant recours à l'IVG*

Travail de Bachelor

Institut et Haute Ecole de la Santé La Source

Lausanne

Juillet 2023

Sous la direction de Madame Corinne Borloz

Remerciements

Nous souhaitons porter une attention particulière à notre directrice de travail de Bachelor, Madame Corinne Borloz, en la remerciant pour sa disponibilité et son enthousiasme. Son expertise et ses conseils nous ont invitées à nous introspecter continuellement et à questionner la pratique infirmière ainsi que nos représentations sur diverses thématiques.

Nous remercions Madame Marie-Thérèse Meylan pour l'intérêt qu'elle porte à notre travail en acceptant de le lire et d'être notre experte de terrain.

Nos remerciements s'adressent aussi aux bibliothécaires du centre de documentation (CEDOC) qui ont été une ressource importante dans le processus de recherche d'articles, dans le référencement de nos sources ainsi que dans la compréhension de certains aspects méthodologiques de la recherche scientifique. Leur bienveillance et leur gentillesse nous ont profondément touchées.

Nous sommes également reconnaissantes envers nos proches, qui nous ont soutenues, supportées et motivées depuis le début de notre formation infirmière et au cours de ce travail.

Enfin, nous souhaitons nous remercier mutuellement pour la patience, la foi en les compétences de chacune, la bonne humeur et la gestion du stress, mais également la persévérance de l'une et de l'autre malgré les difficultés auxquelles nous avons été confrontées durant ce travail. Celui-ci vient consolider sept années d'amitié et de soutien réciproque au cours de la formation infirmière. Ce travail de Bachelor est pour nous l'opportunité de clôturer avec un brin de nostalgie ces quatre années au sein de l'Institut et Haute Ecole de la Santé la Source.

Avis aux lecteurs

Nous, Estelle Brahier et Jessica Covas, déclarons que l'ensemble de la rédaction de ce travail de Bachelor n'engage que notre responsabilité et en aucun cas celle de notre directrice de travail ou celle de notre école, l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source.

Les articles retenus sont écrits en anglais et en portugais. La traduction de ceux-ci a été effectuée de manière à respecter au plus proche les propos des auteurs.

Durant l'ensemble de notre travail, nous avons favorisé l'utilisation du terme « infirmière » afin de faciliter l'écriture. Cependant, nous souhaitons que tous les genres se sentent inclus dans cette terminaison ainsi que tout au long de ce travail.

Enfin, l'avortement étant une thématique sensible incluant des notions éthiques et des points de vue personnels, nous ne souhaitons par ce travail juger, discriminer ou offusquer personne. Nous respectons les représentations de chacun et nous adoptons une posture neutre durant toute la rédaction de notre travail de Bachelor.

Liste des abréviations

CEDOC : Centre de documentation

CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CP: Code pénal

EBN: Evidence-based Nursing

IC : idée centrale

IVG : interruption volontaire de grossesse

OFS : Office fédérale de la statistique

OIM : Organisation internationale pour les migrations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SA : semaines d'aménorrhée

SSCH : Santé Sexuelle Suisse

UDC : Union démocratique du centre

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Résumé

Introduction

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est une pratique médicale controversée soulevant plusieurs débats éthiques et politiques. La législation de celle-ci diffère entre les pays du Monde. Ces multiples disparités en matière de loi et les représentations culturelles diversifiées de cette pratique influencent la prise en soin. La Suisse étant un pays avec une forte mixité culturelle, il est pertinent de s'intéresser au vécu des femmes immigrées ayant recours à une IVG.

But

L'objectif de cette revue de littérature est d'analyser des études et récolter des résultats pertinents pour proposer des recommandations professionnelles, dans le but d'optimiser la prise en soin des femmes immigrées ayant recours à une IVG.

Méthode

Nous avons commencé par formuler une question PICO et listé les termes clés de celle-ci. Nous avons mené nos recherches dans les bases de données CINAHL et PubMed grâce à quatre équations de recherche. Nous avons ensuite procédé à plusieurs séries de triage pour finalement sélectionner sept articles scientifiques pertinents au regard de notre problématique. A l'aide de grilles inspirées de Fortin (2016), nous avons analysé les articles retenus. Nous avons répertorié les résultats par article sous forme de résumés narratifs et de tableaux. Finalement, nous avons choisi le modèle théorique transculturel de Madeleine Leininger pour guider notre réflexion et structurer notre discussion.

Résultats

Les divers auteurs des articles analysés soulèvent la vulnérabilité présente chez la femme immigrée. Les résultats pertinents ont été répertoriés par les huit facteurs proposés par Madeleine Leininger. Trois éléments clés pour optimiser la prise en soin ont émergé : l'intégration des contraintes financières dans la prise en soin, le renforcement de l'éducation sexuelle et l'inclusion du partenaire tout au long du processus.

Conclusion

L'influence de la culture dans la prise en soin est un élément clé identifié au cours de ce travail. Les recommandations proposées pour la pratique infirmière intègrent les subtilités à considérer dans l'accompagnement de la femme immigrée ayant recours à une IVG. La divergence de culture entre les patientes et les soignants semblent influencer la prise en soin. De ce fait, les infirmières devraient être davantage sensibilisées à l'approche transculturelle.

Mots-clés

Interruption volontaire de grossesse, femmes immigrées, soins infirmiers, modèle de soins transculturels, recommandations infirmières.

Table des matières

1.	Introduction	1
2.	Problématique.....	2
2.1	Avortement et immigration	3
2.2	L’IVG en Suisse : qu’en est-il ?	4
2.3	Soins infirmiers et IVG : pourquoi sommes-nous concernés ?	5
2.4	Modèle théorique de Madeleine Leininger.....	5
2.4.1	Modèle du Sunrise Enabler	6
3.	Question de recherche	7
4.	Méthodologie.....	7
4.1	Tableau récapitulatif des résultats de recherche d’articles	9
5.	Résultats	10
5.1	Résumés narratifs	10
5.1.1	Article 1	10
5.1.2	Article 2.....	11
5.1.3	Article 3.....	12
5.1.4	Article 4.....	13
5.1.5	Article 5.....	14
5.1.6	Article 6.....	15
5.1.7	Article 7.....	16
5.2	Synthèse des résultats.....	17
5.2.1	Article 1	17
5.2.2	Article 2.....	19
5.2.3	Article 3.....	22
5.2.4	Article 4.....	24
5.2.5	Article 5.....	28
5.2.6	Article 6.....	30
5.2.7	Article 7.....	32
6.	Discussion	34

6.1	Facteur technologique	34
6.2	Facteur religieux, spirituel et philosophique	34
6.3	Facteur politique et juridique	35
6.4	Facteur biologique.....	35
6.5	Facteur social et familial	35
6.6	Facteur économique	36
6.7	Facteur éducationnel.....	37
6.8	Facteur des valeurs, croyances culturelles et philosophie de vie	38
7.	Recommandations	39
7.1	Renforcer les connaissances des soignants.....	39
7.2	Offrir des soins humanisants	39
7.3	Favoriser le pouvoir décisionnel	41
8.	Pistes d’approfondissement de la thématique.....	41
9.	Conclusion.....	42
10.	Liste de références.....	44
11.	Annexes	47
11.1	Annexe 1 : Grille d’analyse d’article qualitatif personnalisée	47
11.2	Annexe 2 : Grille d’analyse d’article quantitatif personnalisée	51

1. Introduction

Comment se sentir chez soi alors que tout nous est étranger ? Dans une culture différente, quelles étapes traversons-nous pour se réaliser et exister ? Là où la vulnérabilité naît, tout nous invite à nous réapprendre et à nous adapter.

Au cours de notre expérience au Togo, ces questions nous ont habitées et nous ont conviées à nous redécouvrir. Installées pour deux mois au cœur d'une nouvelle culture dans le cadre d'un stage infirmier à l'étranger, nous avons cherché à comprendre les valeurs et les représentations de ce pays d'Afrique pour nous y intégrer et nous y épanouir. Néanmoins, à notre arrivée, nous avons été confrontées à plusieurs difficultés. Bien que la langue officielle du pays soit le français, la majorité de la population parle *ewe*, le dialecte local. Il était donc difficile pour nous d'exprimer nos besoins, d'obtenir des informations ou de simplement communiquer. Nous avons découvert des coutumes et normes sociales aux antipodes de celles auxquelles nous avions l'habitude. Ces différences culturelles se retrouvent également dans l'accompagnement des patients, dicté par d'autres représentations de soins, mais aussi par les lois en vigueur dans le pays. Au Togo, l'avortement est autorisé uniquement lorsque la vie de la femme est en danger. De nombreuses réflexions ont émergé en notre for intérieur lorsque nous avons été confrontées à des situations de grossesse non désirée menant quelque fois à une détresse morale chez la femme. L'ensemble de ces expériences nous ont fait prendre conscience des différences culturelles et de leur impact dans la relation de soin. Pour comprendre l'influence de la culture, nous nous sommes positionnées en tant qu'infirmière accompagnant une personne immigrée dans son processus de soin en Suisse. Dans ce travail, nous cherchons à optimiser la prise en soin des femmes immigrées ayant recours à l'IVG, tout considérant la vulnérabilité induite par de multiples facteurs.

Tout d'abord, nous présenterons les types d'avortement et la diversité des législations sur l'IVG en vigueur dans le monde. Nous poursuivrons en définissant la notion d'immigration et sa proportion en Suisse. La législation actuelle dans notre pays sera décrite, puis nous conclurons la problématique en argumentant l'implication des infirmières dans ce type de prise en soin et en proposant le modèle théorique infirmier transculturel de Madeleine Leininger. Ensuite, nous expliciterons la question de recherche et la méthodologie que nous avons élaborées pour trouver des articles scientifiques. Après le répertoriage des résultats obtenus, nous terminerons ce travail par la discussion en amenant les points convergents et divergents des articles et en proposant des recommandations pour la pratique infirmière.

2. Problématique

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit deux types d'avortement. D'une part, l'avortement spontané, qui fait référence aux fausses couches liées à une pathologie ou à une autre cause inconnue durant la grossesse. D'une autre, l'avortement provoqué, qui lui est une interruption volontaire de grossesse réalisée par des méthodes médicales et chirurgicales. Dans ce travail de Bachelor, seul le deuxième type d'avortement est concerné. L'Office fédéral de la statistique (OFS) informe qu'«après avoir suivi une baisse depuis 2010, ce taux [d'interruptions volontaires de grossesse] a augmenté depuis 2017, passant de 6,2 à 6,8 interruptions pour 1 000 femmes résidant en Suisse en 2020 et 6,7 en 2021 » (Office fédéral de la statistique [OFS], s. d.). Avec ces chiffres relativement bas, la Suisse est l'un des pays où le taux d'avortement est le plus faible (Turuban, 2022).

L'avortement provoqué peut être réalisé de deux manières en Suisse : la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale. La première, généralement pratiquée jusqu'à la fin de la 9^{ème} semaine d'aménorrhée (SA), consiste en la prise de deux médicaments à un intervalle de 36 à 48 heures. Le premier comprimé permet d'interrompre le processus de la grossesse et le second vise à provoquer des contractions afin d'évacuer l'embryon (Pheterson, 2001). La deuxième manière ; chirurgicale ; est réalisée sous anesthésie et vise à aspirer l'embryon logé dans l'utérus. Cette démarche est effectuée au-delà de 9 SA, mais peut également être effectuée avant, au même titre que la prise des médicaments (État de Vaud, s. d.).

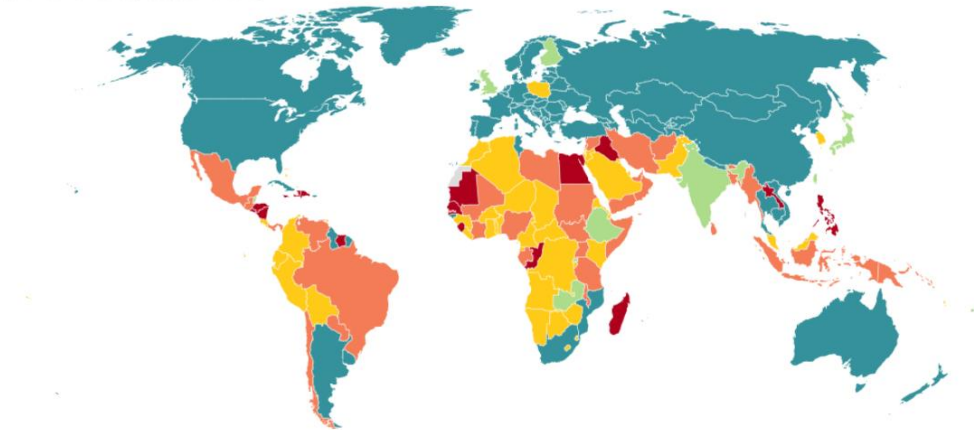
Actuellement, l'avortement reste un acte médical controversé et source de stigmatisation pour les femmes qui vivent cette expérience de santé. Lors d'une interview, Clémentine Rossier, chercheuse et professeure à l'Institut de santé globale de l'Université de Genève, constate que malgré la légalisation de l'IVG, la stigmatisation reste une problématique majeure. Elle signale un tourisme gynécologique entre cantons, des moins peuplés aux plus habités. La chercheuse explique dans cette interview que « les femmes préfèrent se rendre dans les services des grandes villes voisines, plus anonymes » (Islas & Glatthard, 2021).

Bien que l'avortement soit accepté dans la loi et sous conditions en Suisse, ce n'est pas le cas de toutes les régions du Monde. L'accès à l'avortement peut être restreint voire interdit, comme par exemple dans certains pays d'Afrique et d'Amérique latine (Turuban, 2022). La carte ci-dessous illustre les différents pays où l'avortement est totalement interdit ou accepté sous certaines conditions.

Les législations sur l'avortement dans le monde

Catégories de législations, des plus aux moins restrictives:

■ Totalement interdit ■ Pour sauver la vie de la femme ■ Pour raisons de santé ■ Pour motifs socio-économiques ■ Sur demande (avancement de la grossesse variable)



Carte: ptur • Source: [Center for Reproductive Rights](#) • [Récupérer les données](#)

SWI swissinfo.ch

Tiré de : swissinfo.ch, 2022

Selon les pays, les conditions liées à l'avortement diffèrent. Par exemple, la Suisse limite l'accès à l'avortement à 12 SA, alors que les pays voisins tels que l'Allemagne et la France légifèrent l'accès à l'IVG jusqu'à 14 SA (Turuban, 2022). En Afrique et en Amérique latine, la majeure partie des IVG sont interdites voire tolérées uniquement pour sauver la vie de la femme ou pour des raisons de santé. Selon l'OMS, « les données montrent que les restrictions en matière d'accès à l'avortement ne permettent pas de réduire le nombre d'avortements. En réalité, les restrictions sont plus susceptibles d'inciter les femmes et les filles à avoir recours à des procédures dangereuses » (Organisation mondiale de la Santé [OMS], s. d.). Ces différences mondiales de législation concernant l'IVG doivent être prises en compte dans les pays tels que la Suisse, où il existe une forte immigration.

2.1 Avortement et immigration

La Suisse est l'un des pays d'Europe qui abrite la plus grande proportion d'étrangers, avec près de 30% de sa population qui est née en dehors des frontières helvétiques (Nguyen, 2016). Cette mixité culturelle est également observée dans les offres en soin liées à l'avortement puisque « quatre IVG sur dix en Suisse concernent des femmes de nationalité étrangère » (Turuban, 2022). Ces éléments argumentent l'intérêt de nous focaliser dans ce travail sur les femmes issues de l'immigration, car dans le système de santé nous rencontrons des personnes issues d'une autre culture que la nôtre. Il est donc nécessaire d'intégrer ces aspects dans la prise en soin.

Dans notre travail, nous nous basons sur la définition de l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) (International Organization for Migration, 2023) qui caractérise l'immigrant-e comme :

Du point de vue du pays d'arrivée, personne qui se rend dans un pays autre que celui de sa nationalité ou de sa résidence habituelle, de sorte que le pays de destination devient effectivement son nouveau pays de résidence habituelle.

Les pays tels que la Suisse accueillant une grande hétérogénéité culturelle, par l'intermédiaire de l'immigration, sont exposés à un partage de valeurs et de croyances entre les personnes du pays d'accueil et les personnes immigrées. Une attention particulière doit être portée sur le vécu des femmes immigrées ayant recours à l'IVG dans le but de les accompagner respectueusement dans ce processus de soin. Les diversités mondiales en matière de législation de l'avortement mettent en avant la complexité et l'actualité de cette thématique, autorisée sous certaines conditions en Suisse.

2.2 L'IVG en Suisse : qu'en est-il ?

En Suisse, l'IVG a été acceptée et légiférée suite à la votation soumise à la population en juin 2002 (Turuban, 2022). Selon l'art.119 al.1 du Code pénal suisse du 23 mars 2001 [CP] :

L'interruption de grossesse n'est pas punissable si un avis médical démontre qu'elle est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte. Le danger devra être d'autant plus grave que la grossesse est avancée.

L'art. 119 al.2 du CP précise également que :

L'interruption de grossesse n'est pas non plus punissable si, sur demande écrite de la femme qui invoque qu'elle se trouve en situation de détresse, elle est pratiquée au cours des douze semaines suivant le début des dernières règles par un médecin habilité à exercer sa profession. Le médecin doit au préalable s'entretenir lui-même de manière approfondie avec la femme enceinte et la conseiller.

Bien que l'avortement soit légal en Suisse, plusieurs initiatives ont vu le jour depuis 2002 afin de restreindre le droit à l'avortement, mais elles n'ont jamais été acceptées par la population suisse. En décembre 2021, l'Union démocratique du centre (UDC) lance deux initiatives populaires pour restreindre le droit à l'avortement dans le but de protéger les femmes contre les avortements décidés dans la précipitation et de lutter contre les avortements tardifs (Turuban, 2022). Plus récemment en janvier 2023, les organisations de santé sexuelle suisses ont déposé une pétition dans le but d'exclure du Code pénal suisse la loi sur l'interruption de grossesse afin de plutôt considérer cette loi comme une affaire de santé sexuelle. Selon Barbara Berger, directrice de Santé sexuelle Suisse (SSCH), l'inscription de la loi sur l'IVG dans le Code pénal favorise la stigmatisation des femmes ayant recours à cet acte médical (Michel, 2023). L'organisation de Santé sexuelle Suisse relève également que l'avortement devrait être une thématique de santé avant d'être une affaire pénale. Ceci permettrait de diminuer la stigmatisation et les commentaires moralisateurs à l'égard de femmes ayant recours à l'IVG (*Vingt ans après le régime du délai, l'IVG n'est toujours pas considérée comme un enjeu de santé*, 2022).

Ces récentes démarches politiques mettent en évidence la reconsidération fréquente de la thématique de l'IVG au cœur des débats sociétaux, politiques et sanitaires suisses.

2.3 Soins infirmiers et IVG : pourquoi sommes-nous concernés ?

L'IVG est une décision souvent difficile à prendre. Les remarques stigmatisantes et discriminantes ajoutent une charge mentale supplémentaire et peuvent mener à un isolement social. Le rôle de l'infirmière est de se préoccuper de toutes les sphères de la patiente, y compris de sa situation socio-économique qui est interreliée à sa santé. L'ensemble des aspects liés à l'IVG concernent les professionnels de santé, puisqu'ils sont impliqués dans la prévention et la promotion de la santé à la fois physique et mentale des femmes, que ce soit avant, pendant ou après l'avortement.

Selon Léonore Porchet, conseillère nationale et présidente du SSCH, « les structures hospitalières répondent encore trop peu aux besoins, avec une approche souvent paternaliste et stigmatisante » (*Vingt ans après le régime du délai, l'IVG n'est toujours pas considérée comme un enjeu de santé*, 2022). Ces faits mettent en avant la nécessité de se préoccuper du vécu et de la prise en soin des femmes ayant recours à l'IVG afin de leur assurer un accompagnement de qualité. Les infirmières sont davantage concernées par cette problématique, puisqu'elles sont celles qui accueillent, suivent et accompagnent les femmes tout au long de la procédure. Dans ce travail, notre intérêt se porte plus précisément chez les femmes issues de l'immigration. Nous souhaitons nous concentrer sur cette population, car nous sommes d'avis que l'enjeu culturel dans la prise en soin est d'autant plus présent. En tant que futures infirmières, nous aimerions comprendre l'influence de notre culture dans notre pratique professionnelle. Nous sommes également intéressées par l'inclusion des divergences de valeurs, de croyances et de représentations dans la relation avec la personne soignée. Pour adopter une philosophie de soin intégrant la culture au sein de l'accompagnement des femmes immigrées ayant recours à l'IVG, le modèle transculturel de Madeleine Leininger est utilisé au cours de ce travail.

2.4 Modèle théorique de Madeleine Leininger

Pour cette partie explicative sur la théorie de soins de Madeleine Leininger, nous nous référons à l'article de McFarland & Wehbe-Alamah (2019).

Madeleine Leininger, théoricienne en soins infirmiers et professeure en sciences infirmières, illustre par le *Sunrise Enabler*, un modèle de soins transculturels permettant de mettre en évidence l'influence de la culture sur la prise en soin d'une personne, d'une famille ou d'un groupe.

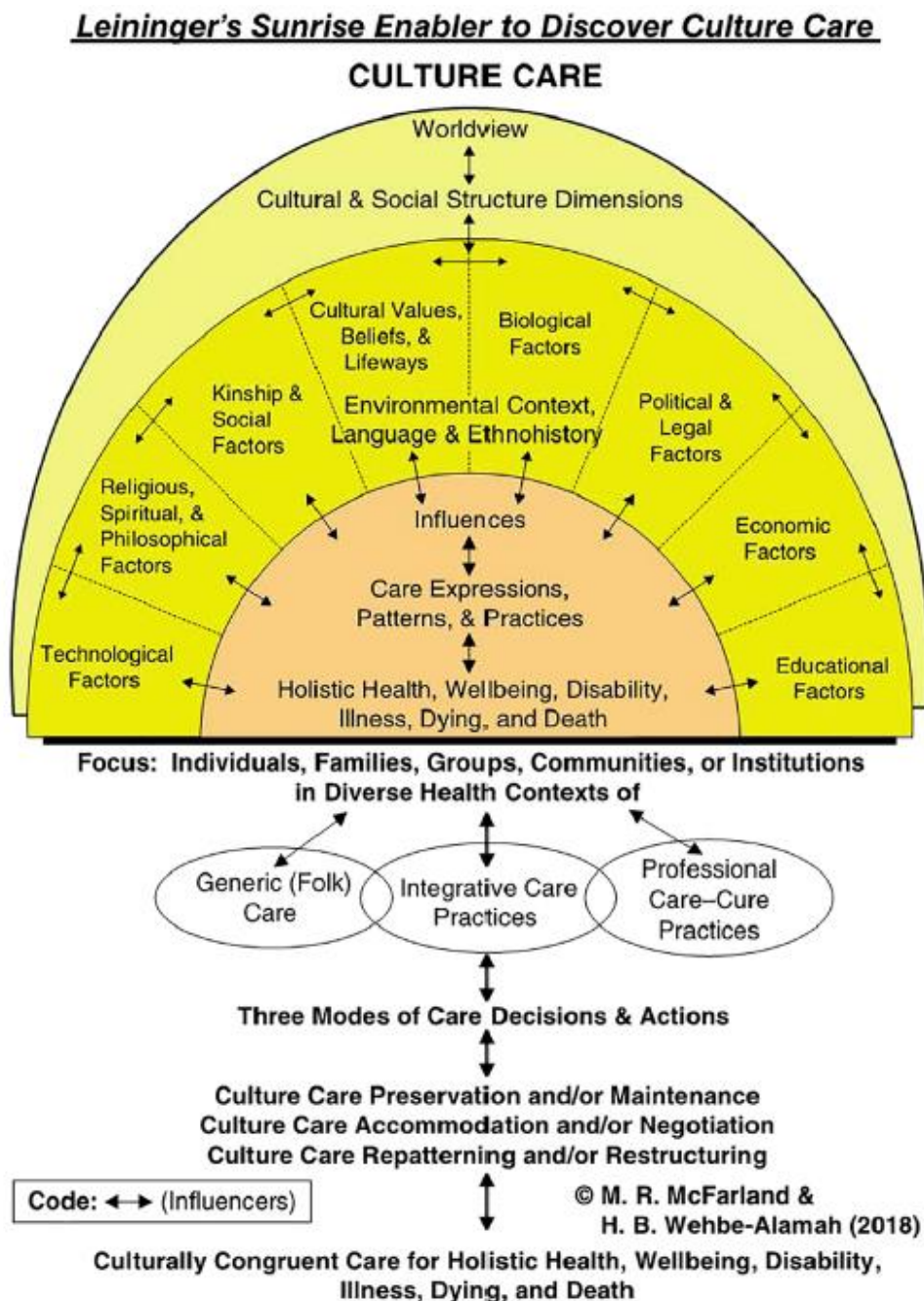
Dans le *Sunrise Enabler*, la théoricienne mentionne la vision du monde et les dimensions culturelles et sociales comme influant dans la situation de soin. Des facteurs spécifiques pouvant agir sur la personne, la famille ou le groupe sont également intégrés au modèle. Pour adopter une pratique infirmière transculturelle, l'inclusion des soins traditionnels effectués dans la communauté de la patiente doivent être inclus et considérés au même titre que les pratiques professionnelles basées sur l'*Evidence-based Nursing (EBN)*. Ce consensus permettrait d'intégrer à la fois l'*etic*¹ et l'*emic*² dans la prise en soin.

¹ Point de vue d'une personne externe à la culture de la personne soignée

² Connaissances et visions des individus au sein de leur culture

Madeleine Leininger propose ensuite trois modes d'action pour fournir des soins infirmiers culturellement adaptés. Ces actions permettent de favoriser le maintien de la santé et du bien-être, mais également d'adopter une approche thérapeutique concordante avec la culture de la personne, de la famille ou du groupe en situation de maladie ou face à la mort.

2.4.1 Modèle du Sunrise Enabler



Tiré de : McFarland & Wehbe-Alamah, 2019

3. Question de recherche

Pour débiter le processus de recherche d'articles, nous nous sommes aidées de la méthode PICO, afin de rédiger la question de recherche suivante :

Comment optimiser la prise en soin des femmes immigrées ayant recours à l'IVG ?

Le tableau ci-dessous détaille la construction de notre question de recherche en fonction des différents constituants de cette méthode.

Population (P)	Phénomène d'intérêt (I)	Contexte (Co)
Les femmes immigrées ayant recours à l'IVG	La prise en soin	Pas de contexte défini volontairement

Dans le but d'optimiser les résultats des articles et de s'intéresser à la prise en soin globale des femmes immigrées ayant recours à l'IVG, nous avons pris la décision en accord avec notre directrice de travail de Bachelor, de ne pas fixer de contexte précis dans notre question. Dans cette même philosophie, nous nous intéressons au vécu de ces femmes tant avant, pendant, qu'après le recours à l'avortement.

4. Méthodologie

Nous avons débuté le processus de recherche d'articles en identifiant des descripteurs basés sur notre question de recherche. Nous avons par la suite traduit les mots clés en anglais à l'aide de l'outil de traduction HeTop. Une fois l'ensemble des descripteurs anglais rassemblés, nous avons recherché dans les thésaurus de chaque base de données les termes appropriés et à utiliser dans les équations de recherche.

Mots en français	Mots HeTop	PubMed	CINAHL
Immigrant	Emigrants and immigrants	Emigrants and immigrants	Immigrants
Immigration	Emigration and immigration	Emigration and immigration	Emigration and immigration, undocumented immigrants
Migrant	Transients and migrants, migrant	Transients and migrants	Transients and migrants
Avortement	Abortion	Abortion	Abortion
Interruption volontaire de grossesse	Abortion, legal	Abortion, legal	Attitude to abortion
IVG	Abortion, induced	Abortion, induced	Abortion, induced
Soins infirmiers	Nursing care	Nursing care, Transcultural nursing	Nursing care, quality of nursing care, nursing models, theoretical transcultural care
Réfugiés	Refugees	Refugees	Refugees

Dans un second temps, nous avons construit plusieurs équations de recherche dans les bases de données CINHALL et PubMed. Deux équations ont été élaborées avec l'aide des bibliothécaires du CEDOC de l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source. Afin d'affiner les résultats obtenus, nous avons utilisé les filtres suivants : date de publication de 2013 à 2023, anglais, français et portugais. Nous avons trié les articles tout d'abord par la lecture du titre, puis la lecture de l'abstract et enfin par leur lecture intégrale. Pour cibler les articles qui traitent notre problématique, nous nous sommes basées sur des critères d'inclusion et d'exclusion nommés dans le tableau ci-dessous.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Avortement provoqué	Avortement spontané
Femmes issues de l'immigration	Revue systématique
Prise en soin lors du processus d'avortement	Littérature grise
Pays où l'avortement est légalement autorisé	
Croyances et valeurs des patientes et des soignants	

À la suite de l'ensemble de ces processus de sélection d'articles et en nous appuyant sur les critères ci-dessus, nous avons retenus sept articles pour poursuivre notre revue de littérature.

4.1 Tableau récapitulatif des résultats de recherche d'articles

Base de données	Equation de recherche	Date de la recherche	Résultats	Articles lus en intégralité	Articles analysés et retenus pour notre question
CINAHL	((MJ attitude to abortion) AND (MJ nursing care))	19.01.2023	4	2	2
CINAHL	((MJ abortion, induced AND MJ (transients and migrants))	19.01.2023	8	1* ³	1
PubMed	((("abortion, induced"[MeSH Terms]) OR (abortion[Title/Abstract])) AND ((refugees[Title/Abstract]) OR ("refugees"[MeSH Terms]) OR ("transients and migrants"[MeSH Terms]) OR ("Transients and Migrants"[Title/Abstract]) OR ("migrants"[Title/Abstract]) OR ("emigration and immigration"[MeSH Terms]) OR ("Emigration and Immigration"[Title/Abstract]) OR ("Undocumented Immigrants"[Title/Abstract]) OR (immigration[Title/Abstract]) OR (immigration[MeSH Terms])))	29.04.2023	127	8*	4
CINAHL	((((MH "Transients and Migrants") OR "migrants" OR (MH "Emigration and Immigration") OR "immigration" OR (MH "Refugees") OR "refugees" OR (MH "Immigrants") OR "immigrants" OR (MH "Undocumented Immigrants")) AND ((MH "Abortion, Induced") OR (MH "Attitude to Abortion") OR "abortion"))))	29.04.2023	129	3*	0

³Les astérisques dans le tableau ci-dessus représentent le résultat à la suite du retrait des articles doublons retrouvés dans plusieurs équations.

5. Résultats

Les sept articles retenus pour l'avancée de notre travail de Bachelor ont été analysés à l'aide de grilles de lecture d'articles scientifiques que nous avons rédigées et qui sont inspirées de Fortin (2016). Deux exemples de grilles d'articles qualitatif et quantitatif sont présentés en annexe de ce travail. Tous les facteurs d'impact sont tirés de *Journal Citation Reports* (2023).

5.1 Résumés narratifs

5.1.1 Article 1

Larsson, E. C., Fried, S., Essén, B., & Klingberg-Allvin, M. (2016). Equitable abortion care – A challenge for health care providers. Experiences from abortion care encounters with immigrant women in Stockholm, Sweden. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 10, 14-18. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.10.003>

Il s'agit d'une étude qualitative publiée en 2016 dans la revue *Sexual and Reproductive Healthcare*, qui vise à diffuser des informations scientifiques importantes sur les soins de santé sexuelle et reproductive des femmes et des hommes. Cette revue a un facteur d'impact de 1.800 et est destinée à des sage-femmes, des infirmières en soins obstétricaux et néonataux, des obstétriciens, mais aussi des psychologues et des sociologues.

Le but de cette recherche est d'explorer le vécu des soignants qui fournissent des soins d'avortement auprès de femmes immigrées. Elle est menée auprès de dix sage-femmes et trois médecins femmes toutes issues de quatre cliniques qui pratiquent l'avortement. La notion d'éthique est respectée dans cette recherche : les participants ont reçu l'ensemble des informations nécessaires avant de donner leur consentement écrit et l'article a été approuvé par le comité d'éthique de Stockholm.

A l'issue d'entretiens individuels semi-dirigés enregistrés et retranscrits avec l'accord des participants, les chercheurs ont effectué une analyse thématique des données recueillies. Ils ont ensuite identifié des catégories provisoires en se basant sur les extraits de texte et les retranscriptions. Ils sont finalement parvenus à l'élaboration de trois thèmes : la réticence à reconnaître les besoins spécifiques des femmes immigrées, s'efforcer de leur fournir des conseils en matière de contraception et les barrières organisationnelles qui entravent les soins d'avortement centrés sur la patiente.

Nous avons choisi de retenir cet article, car il explore le vécu des soignants dans les prestations de soins en matière d'avortement provoqué dans un pays avec une législation sur l'IVG similaire à la Suisse. Bien que ce soient des sage-femmes et des médecins interviewées, nous pensons que cet article reste pertinent puisque l'accompagnement de la femme immigrée ayant recours à l'IVG est interdisciplinaire. Les thématiques identifiées peuvent être transposées aux compétences et aux responsabilités infirmières dans la prise en soin. Enfin, nous avons constaté à la suite de notre analyse que cet article répond aux critères d'article scientifique, la méthode est correctement réalisée et pertinente en regard de l'objectif de la recherche.

5.1.2 Article 2

Conceição das Mercês, M., Bahia Rigaud, J., da Silva Barbosa, C., Emyle Ramos Borges, B., Souza Lopes, L., do Vale de Almeida, A. H., & Silva Servo, M. L. (2014). Percepção da enfermagem no cuidar às mulheres em processo de abortamento em hospital de referência no interior da Bahia. *Enfermagem Brasil*, 13(1), 11-17. <https://doi.org/10.33233/eb.v13i1.2916>

Cette recherche est une étude qualitative exploratoire et descriptive publiée en 2014 dans la revue *Enfermagem Brasil* proposant des articles, des revues et des rapports de cas dans toutes les spécialités infirmières. Il n'y a pas de facteur d'impact pour cette revue. L'article a été validé par le comité d'éthique de la faculté Adeventista de Bahia.

Le but de l'étude est d'analyser les perceptions de l'équipe infirmière dans la prise en soin des femmes vivant un processus d'avortement. La population étudiée est constituée de vingt-deux professionnels de l'équipe infirmière du service obstétrique de l'hôpital Inácia dos Santos à Feira de Santana au Brésil. Les infirmiers ont été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion suivants : être en pratique et exercer la profession auprès des femmes en processus d'avortement ainsi que participer volontairement à la recherche. Des entretiens semi-structurés ont été menés et les données ont ensuite été retranscrites et répertoriées en thématique en fonction des discours divergents et convergents de chaque participant.

L'avortement au Brésil est légalisé et réalisé sous certaines conditions. Ces dernières sont : si la femme est victime d'une agression sexuelle, si le pronostic vital de la femme est engagé et/ou si le fœtus est atteint d'une grave malformation. Bien que ces conditions ne soient pas demandées pour avoir accès à l'avortement en Suisse, nous sélectionnons cet article, car nous sommes d'avis que les conséquences du processus d'avortement sont superposables aux femmes vivant en Suisse, que l'approche centrée sur l'humanisation des soins est universelle et que les recommandations afin d'optimiser la prise en soin des femmes en processus d'avortement sont applicables dans nos structures d'accueil.

Au cours des entretiens, les chercheurs soulignent trois thématiques prioritaires en lien avec la prise en soin des femmes lors du processus d'avortement. Ces thèmes sont : le regard des professionnels infirmiers à propos du processus d'avortement, l'influence des valeurs morales sur la prise en soin des femmes vivant le processus d'avortement et l'humanisation des soins par l'équipe infirmière pendant le processus d'avortement. Bien que les auteurs ne parlent pas uniquement d'IVG et de femmes immigrées, l'article est sélectionné pour répondre à notre problématique, car il énonce explicitement les enjeux culturels dans la prise en soin. Il mentionne l'importance de proposer un suivi psychologique lors du processus d'avortement au regard des conséquences que celui-ci engendre. Les auteurs mettent également en évidence la nécessité d'humaniser les soins et d'opter pour une approche individualisée permettant ainsi de respecter les concepts d'intimité et de dignité.

5.1.3 Article 3

Tirado, V., Ekström, A. M., Orsini, N., Hanson, C., & Strömdahl, S. (2023). Knowledge of the abortion law and key legal issues of sexual and reproductive health and rights among recently arrived migrants in Sweden: A cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 23(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15399-z>

Il s'agit d'une étude quantitative transversale publiée en 2023 dans la revue *BMC Public Health*. Avec un facteur d'impact de 4.5, celle-ci traite principalement les thématiques des déterminants sociaux de la santé, les corrélations environnementales, comportementales et professionnelles de la santé ainsi que l'impact des politiques, des pratiques et des interventions en matière de santé sur la communauté.

Le but de cette recherche est d'identifier les connaissances des migrants sur différentes lois en Suède, comme le droit à l'avortement sécurisé et légal, le consentement sexuel, la majorité sexuelle et l'âge minimal pour se marier. L'étude est menée auprès de 6'263 migrants arrivés récemment en Suède et âgés de plus de 15 ans. Les participants ont été recrutés au sein d'une école de langue pour étrangers et de certaines hautes écoles de Suède, choisies aléatoirement. Ils ont répondu à un questionnaire de soixante questions sur les besoins en santé, les comportements sexuels à risque, les connaissances sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et cinq questions sur les connaissances des lois de santé sexuelle et reproductive. Les questions ont été traduites en cinq langues et vérifiées, afin d'éviter toute erreur d'interprétation liée à une mauvaise traduction. L'article a été approuvé par le comité d'éthique suédois et les participants ont signé un consentement écrit après avoir reçu l'ensemble des informations nécessaires sur leur participation à la recherche.

La statistique descriptive a été utilisée pour résumer les caractéristiques des réponses correctes sur le droit à l'IVG en Suède ainsi que sur d'autres lois questionnées. Les réponses incorrectes sur la législation de l'IVG ont été mises en lien avec les caractéristiques sociodémographiques à l'aide d'un modèle de régression logistique. Le but est d'estimer la probabilité que les connaissances incorrectes des migrants sur le droit à l'IVG soient influencées par ces caractéristiques. Les principaux résultats soulignent que 26% des participants ont répondu correctement à la question sur le droit à l'IVG. Les caractéristiques telles qu'appartenir à une religion, ne pas avoir eu d'éducation sexuelle antérieure, venir d'un pays avec des lois sur l'IVG restrictives, un bas niveau d'étude et une obtention de permis de séjour provisoire pourraient expliquer ce manque de connaissance.

Bien que cet article ne réponde pas à l'intégralité de nos critères d'inclusion, nous le retenons parce qu'il investigate les connaissances des personnes immigrées sur les lois du pays d'accueil, mais souligne aussi des thématiques comme la culture, le niveau d'éducation et le pays d'origine. Ces concepts s'inscrivent dans la théorie de soin que nous avons choisie pour ce travail, c'est pourquoi nous pensons que cet article peut nous amener des éléments de réponse pertinents pour notre problématique.

5.1.4 Article 4

Da Silva Santiago Streffing, I., Lunardi Filho, W. D., Pereira da Costa Kerber, N., Correa Soares, M., & Portella Ribeiro, J. (2015). Percepções Da Enfermagem Sobre Gestão E Cuidado No Abortamento: Estudo Qualitativo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(3), 784–791. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000940014>

Cette recherche est une étude qualitative descriptive exploratoire publiée en 2015 dans la revue *Texto & Contexto Enfermagem* publiant des articles scientifiques en lien avec le domaine de la santé, et particulièrement avec les soins infirmiers. Le facteur d'impact s'élève à 0.134 (2012). L'article a été validé par le comité d'éthique de recherche de l'Université fédérale de Rio Grande.

Le but de l'étude est de décrire la gestion et la réalisation des soins auprès des femmes hospitalisées pour un avortement selon la perspective de l'équipe infirmière. La population étudiée est composée de dix-neuf professionnels de l'équipe infirmière regroupant six infirmiers et douze assistants infirmiers. Les résultats ont été récoltés par le biais d'entrevues semi-structurées. Après une retranscription intégrale, les données ont été regroupées en discours collectifs. Ces derniers permettent de rassembler les dires convergents des participants. Les chercheurs ont élaboré une liste d'idées centrales (IC) afin de structurer les résultats de l'étude.

Bien que l'étude n'inclue pas la notion de femmes issues de l'immigration, nous sommes d'avis que les implications pour la pratique sont superposables dans divers contextes de femmes en processus d'avortement. De plus, les recommandations pour optimiser les soins et leur qualité sont préconisées pour tous les types d'avortement. Les subtilités dans les prises en soin de chaque type d'avortement sont mentionnées par les auteurs en les précisant dans les résultats. Nous pouvons ainsi sélectionner les éléments pertinents au regard de notre problématique.

Les résultats de l'étude se divisent en six catégories d'IC. La première fait référence à l'influence du jugement de valeur dans la prise en soin. La seconde mentionne les aspects socioculturels qui agissent sur la prise en soin. Ensuite, nous retrouvons l'IC d'une prise en soin focalisée sur les soins techniques et l'IC de l'intégration de l'humanisation dans la prise en soin. Puis, les auteurs mentionnent l'idée d'une prise en soin facilitée en cas de processus d'avortement et finalement ils évoquent l'influence de l'ambiance de l'unité sur la prise en soin. Au regard de ces IC, les auteurs proposent des pistes afin d'améliorer l'accompagnement des femmes en processus d'avortement. Les divergences d'opinion permettent d'être attentif à la problématique et à l'influence des représentations personnelles sur la posture professionnelle chez les soignants.

5.1.5 Article 5

Botfield, J. R., Newman, C. E., Bateson, D., Haire, B., Estoesta, J., Forster, C., & Schulz Moore, J. (2020). Young migrant and refugee people's views on unintended pregnancy and abortion in Sydney. *Health Sociology Review : The Journal of the Health Section of the Australian Sociological Association*, 29(2), 195-210. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1764857>

Cette recherche est une étude qualitative publiée en 2020 dans la revue *Health Sociology Review* qui publie des recherches conceptuelles et empiriques de haute qualité en sociologie de la santé, de la maladie et de la médecine. Le facteur d'impact s'élève à 3.6. Cet article a été validé par le comité d'éthique de la recherche humaine du Western Sydney Local.

Le but de l'étude est d'investiguer les expériences et les représentations des jeunes migrants et réfugiés à l'égard des grossesses non désirées et de l'avortement ainsi que de comprendre les dimensions socioculturelles et la notion de l'avortement chez ce groupe de personnes. La population étudiée est composée de vingt-sept jeunes femmes et hommes âgés de 16 à 24 ans vivant à Sydney. Chacun d'entre eux s'est identifié comme étant issu de la migration ou réfugié et parlant au moins une autre langue que l'anglais. Plusieurs méthodes d'échantillonnage ont été réalisées afin d'atteindre les participants. Une première série d'entrevues traitant de l'accès à l'information en matière de santé sexuelle et reproductive a été menée. Une deuxième série d'entrevues a été réalisée pour approfondir l'enquête. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits textuellement. Par la suite, les auteurs ont fait émerger des thèmes clés permettant ainsi de structurer les données récoltées.

Les résultats de l'étude se divisent en quatre thématiques. La première aborde les significations et conséquences des grossesses hors mariage. La deuxième mentionne la possibilité d'avoir recours à l'avortement au regard des croyances et des valeurs socioculturelles des participants. Ensuite, l'article mentionne les représentations des participants au regard des points de vue familiaux sur l'avortement. La dernière thématique regroupe les connaissances des participants à propos des services de santé sexuelle et reproductive disponibles dans le système de santé. Cette recherche mentionne la difficulté de conciliation et de négociation des jeunes migrants et réfugiés à l'égard de leur vie sexuelle et des attentes culturelles de leur famille et de leur communauté. En sélectionnant cet article, nous explorons l'influence des pressions socioculturelles sur la prise de décision dans un contexte de grossesse hors mariage et/ou d'avortement. Les auteurs sensibilisent également les professionnels de santé à tenir le rôle de promoteur de santé auprès des individus de ce groupe de population en donnant accès aux informations en matière de santé sexuelle et reproductive et en indiquant les structures de soins habilitées à les soutenir.

5.1.6 Article 6

González-Rábago, Y., Rodríguez-Alvarez, E., Borrell, L. N., & Martín, U. (2017). The role of birthplace and educational attainment on induced abortion inequalities. *BMC Public Health*, 17(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3984-y>

Cette recherche est une étude transversale publiée en 2017 dans la revue *BMC Public Health*. La revue propose des articles axés sur l'épidémiologie des maladies et sur la compréhension des phénomènes de la santé publique en incluant les déterminants de la santé comme les facteurs environnementaux, comportementaux, professionnels et politiques. Le facteur d'impact s'élève à 4.5. Les auteurs ont reçu la permission d'utiliser les données récoltées par le ministère de la santé du Gouvernement basque. Les données étant anonymisées, l'article est exempté de l'examen du comité d'éthique de l'Université du Pays basque.

Le but de l'étude est d'examiner les effets indépendants et conjoints du lieu de naissance et de l'éducation sur les IVG, sur les IVG répétées et sur les IVG se déroulant au cours du 2^{ème} trimestre de grossesse chez les femmes qui résident au Pays basque en Espagne entre 2011 et 2013. Sur toutes les femmes ayant vécu un avortement entre 2011 et 2013, les chercheurs ont exclu de l'étude toutes les femmes de moins de 25 ans et pour qui le risque fœtal et le viol en étaient la cause. Ils ont exclu les femmes dont le dossier ne fournissait pas les informations concernant le niveau d'étude et le nombre d'avortements vécus. Les chercheurs ont également exclu les femmes qui possédaient le statut de retraitées. Ainsi, le groupe sélectionné pour l'étude est composé de 7'211 femmes. Ces informations ont été récoltées par le biais de questionnaires fournis dans des services accrédités pour l'avortement.

Les résultats de l'étude convergent avec ceux des autres recherches menées précédemment. Les auteurs de l'article confirment que les femmes issues d'un pays à faible revenu et habitant en Espagne ont une plus grande probabilité d'avoir recours à une IVG. Cette recherche est sélectionnée pour répondre à notre problématique, car elle permet de comparer les femmes autochtones et les femmes issues de l'immigration en ce qui concerne la probabilité d'avoir recours à une IVG. L'étude inclut la variable du niveau d'éducation. Cet élément est pertinent au regard du modèle théorique choisi pour l'élaboration de ce travail. Les auteurs se sont intéressés au point de jonction entre le niveau d'étude de la femme et le recours à l'avortement et ils déclarent que le niveau d'éducation n'est pas un facteur protecteur du recours à des IVG répétées chez les femmes issues d'un pays à faible revenu. A la suite de ces résultats, les auteurs ont suggéré que les facteurs socioculturels et l'accès à une éducation sexuelle ont davantage d'influence sur le recours à l'avortement.

5.1.7 Article 7

Desai, S., Leong, E., & Jones, R. K. (2019). Characteristics of Immigrants Obtaining Abortions and Comparison with U.S.-Born Individuals. *Journal of Women's Health* (2002), 28(11), 1505-1512. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7547>

Il s'agit d'une étude quantitative corrélationnelle publiée en 2019 dans la revue *Journal of Women's Health*, qui publie mensuellement des articles afin d'optimiser la prise en soin de la santé des femmes tout au long de leur vie. Le facteur d'impact de cette revue s'élève à 3.5.

Le but de cette recherche est de décrire les caractéristiques des immigrées qui ont recours à l'IVG aux Etats-Unis en 2008 et en 2014, en comparaison avec les femmes non-immigrées qui subissent également un avortement provoqué durant la même période. L'échantillon de cette étude est issu du Guttmacher Institute's qui a répertorié entre 2008-2009 et entre 2013-2014 les personnes ayant eu une IVG à l'échelle nationale aux Etats-Unis. Toutes les femmes ayant avorté durant cette période ont rempli un questionnaire de quatre pages disponible en anglais et en espagnol. Les données récoltées durant ces deux périodes ont été pondérées dans cette étude pour obtenir un échantillon national représentatif des femmes ayant avorté en 2008 et 2014. Cet échantillonnage a été approuvé par le Guttmacher Institute's Institutional Review Board. Les données de ces deux périodes ont ensuite été mises en commun, afin d'augmenter la taille de l'échantillon des personnes immigrées et approfondir les caractéristiques les concernant. Cet article ne mentionne pas la notion d'éthique. Toutefois, les données récoltées sont secondaires et par ailleurs anonymisées.

Les résultats de la recherche exposent les différences entre les femmes immigrées et les femmes autochtones ayant eu recours à l'IVG sur les thématiques suivantes : l'âge au moment de la procédure, l'ethnie, l'assurance maladie, le statut relationnel, le niveau de pauvreté, le niveau d'éducation, la région d'habitation, la langue du questionnaire choisie et la durée de séjour aux Etats-Unis. Les résultats principaux relèvent que les femmes immigrées sont plus sujettes à avorter après la trentaine, à ne pas avoir d'assurance et à avoir un niveau d'éducation inférieur au lycée. L'âge de la grossesse, les naissances ou avortements antérieurs, la distance parcourue pour avoir recours à l'IVG, la présence de violences conjugales et l'exposition à des événements perturbateurs de la vie⁴ sont également étudiés.

Nous retenons cet article, bien qu'il ne réponde pas à l'intégralité de nos critères d'inclusion. L'analyse des caractéristiques des femmes immigrées et autochtones nous permet de conscientiser les différences entre ces deux populations. Cet article favorise la compréhension des thématiques qui peuvent influencer le recours à l'IVG, ce qui peut nous donner des pistes pour améliorer l'accompagnement des femmes immigrées.

⁴Comme le décès d'un ami proche, le retard dans les paiements du loyer, avoir un bébé, l'incarcération du partenaire, déménager deux fois ou plus, la séparation avec le partenaire, être au chômage pendant plus d'un mois et des problèmes médicaux d'un membre de la famille

5.2 Synthèse des résultats

5.2.1 Article 1

Equitable abortion care – A challenge for health care providers. Experiences from abortion care encounters with immigrant women in Stockholm, Sweden

Résultats

1) La réticence à reconnaître les besoins spécifiques des femmes immigrées :

- 9 Les soignantes sont généralement hésitantes à faire des généralités sur les besoins spécifiques des femmes immigrées par crainte de stéréotyper et que leurs propos soient jugés comme racistes.
- 9 Certains groupes de femmes immigrées ayant recours à l'IVG ont un niveau plus bas de connaissances sur l'anatomie féminine, les cycles menstruels, la reproduction et sur la contraception, comparativement aux femmes non immigrées. Les professionnelles de santé mettent cela en lien avec le fait que les femmes immigrées ne sont pas allées à l'école primaire en Suède étant plus jeune, où elles auraient pu avoir une éducation sexuelle. Cependant, les femmes immigrées de seconde génération ont tout de même un niveau plus bas de connaissances, bien qu'elles aient grandi en Suède. Ce manque de connaissance peut engendrer des malentendus lors des rencontres entre femmes et professionnelles.
- 9 Le contexte culturel et les croyances religieuses peuvent affecter les décisions relatives à la contraception. Selon les soignantes, les femmes avec une culture différente de la culture suédoise acceptent moins le recours à des contraceptifs et sont donc plus sujettes à des grossesses non désirées ainsi qu'à des avortements répétés.

2) S'efforcer de fournir des conseils en matière de contraception aux femmes immigrées :

- 9 Les professionnelles trouvent difficile de parler de contraception avec les femmes immigrées en raison de leurs connaissances limitées sur leur corps et de leur rapport parfois étranger à celui-ci.
- 9 Les femmes immigrées impliquent de nombreuses personnes de leur entourage (partenaire, amies ou parents) et considèrent leur avis avant de prendre une décision en matière de contraception.
- 9 La présence des partenaires des femmes immigrées est parfois nécessaire en raison de la barrière de la langue. Ils font office d'interprètes et sont plus souvent impliqués dans la prise de décision en matière de santé sexuelle, comparativement aux partenaires des femmes autochtones. Cette implication peut être un facteur facilitateur potentiel pour l'usage de la contraception. Les partenaires sont souvent moins informés que leur femme, c'est pourquoi ils devraient davantage recevoir des conseils et des informations sur la santé sexuelle lors des rencontres avec les professionnelles.

9 Les rencontres avec les femmes issues d'une culture qui accepte la violence fondée sur l'honneur sont difficiles pour les soignantes. La principale préoccupation de ces femmes est que leur famille n'apprenne pas qu'elles sont enceintes ou qu'elles ont un partenaire. Les patientes craignent que leur dossier médical soit lu par leurs parents ou des connaissances ou que la clinique essaie de les joindre par téléphone ou par courriel. Lors de l'IVG, la principale préoccupation de ces femmes est que la procédure se déroule dans l'anonymat. De même, elles préfèrent ne pas utiliser de contraception ou utiliser des méthodes pouvant être cachées par crainte que leur famille le sache.

3) Les barrières organisationnelles qui entravent les soins d'avortement centrés sur la patiente pour les femmes immigrées :

9 Le manque de flexibilité dans le système de santé peut compromettre les soins centrés sur la patiente et mener à l'inégalité en matière de soins d'avortement. Prendre en soin des femmes immigrées demande plus de temps en raison de : la barrière de la langue nécessitant un interprète, le niveau plus bas de connaissances, les barrières culturelles et l'utilisation d'outils supplémentaires (brochures, modèles, images).

9 La rémunération reçue est disproportionnée face au temps et aux efforts investis pour ces prises en soin qui demandent des ressources supplémentaires.

9 Il n'y a pas de lignes directrices institutionnelles qui permettent de prolonger les rendez-vous avec ces femmes. Les soignantes doivent s'organiser entre elles pour accorder le temps nécessaire aux femmes immigrées en réorganisant leurs consultations et en déléguant leurs autres patientes à leurs collègues.

Implication pour notre travail et la pratique infirmière

9 L'une des stratégies pour obtenir l'équité en santé est de prendre en considération les besoins de l'individu selon l'association suédoise des autorités locales et des régions. Discuter et reconnaître les besoins spécifiques des femmes serait un premier pas pour leur donner les ressources nécessaires pour obtenir des soins de santé équitables. L'individualisation des soins est préconisée, en ajustant constamment la prise en soin aux besoins de la patiente, de ses valeurs et de ses préférences.

9 Les professionnels de santé devraient participer et aider les femmes dans le processus de prise de décision, tout en préservant l'autonomie, l'intégrité et le droit des femmes.

9 La culture a un impact significatif dans la prise de décision. Selon une étude réalisée au Canada, les femmes immigrées s'attendaient à ce que l'on reconnaisse leurs besoins culturels alors que les prestataires de soins mettent surtout l'accent sur les besoins biomédicaux et négligent souvent les préférences religieuses et traditionnelles. Cela démontre l'intérêt d'intégrer la culture de chacun dans la prise en soin.

9 Dans certains groupes culturels, le mari est davantage impliqué en matière de santé reproductive et peut influencer négativement la planification familiale. Les femmes ont généralement peu de pouvoir décisionnel. Les partenaires sont difficilement atteignables en matière de promotion de la santé. C'est pourquoi, il serait pertinent de les inclure dans les conseils et la promotion de la santé sexuelle et reproductive.

5.2.2 Article 2

Percepção da enfermagem no cuidar às mulheres em processo de abortamento em hospital de referência no interior da Bahia**Résultats**

Sur les vingt-deux participants de l'étude, douze se retrouvent dans la religion catholique, trois dans la religion évangélique et sept ne possèdent pas de religion définie. L'étude montre que quinze des participants partagent la croyance que la vie débute au moment où il y a la fécondation. Selon la situation des femmes, ils se représentent comme étant flexibles en ce qui concerne la pratique de l'avortement malgré leurs croyances. Ces situations sont : si la femme est seule et ne peut pas assumer la qualité de vie de l'enfant et/ou si la femme est victime d'un viol engendrant une gestation.

Les résultats de l'étude se divisent ensuite en trois catégories :

1) Le regard des infirmiers à propos du processus d'avortement :

L'équipe soignante s'est retrouvée divisée en ce qui concerne les causes qui poussent une femme à avoir recours à l'avortement. Comme le mentionne l'article : « la majorité des participants (15) disent que chaque situation doit être considérée et analysée, car plusieurs déterminants peuvent justifier le recours à l'IVG, d'autres participants (5) s'opposent totalement à la pratique quelle qu'en soit la cause et (2) sont favorables à l'IVG. »

Dans un contexte de viol, lorsqu'une femme souhaite avoir recours à l'avortement, les participants de l'étude se sentent plus à l'aise de prodiguer le soin, car le cadre légal est respecté et ils se sentent protégés juridiquement.

Les professionnels interrogés ont indiqué que les femmes ne répondent pas toujours honnêtement à la question de l'origine de l'avortement (provoqué ou spontané). Selon eux, le fait qu'elles puissent être jugées ou condamnées pour cette pratique les empêche de se confier librement.

Selon les professionnels de l'étude, « les femmes préfèrent se débarrasser de la grossesse que de s'informer sur les risques en lien avec l'avortement. Plusieurs de ces femmes se présentent avec de graves blessures et parfois apprennent qu'elles ne pourront plus avoir d'enfants. Cette annonce engendre des sentiments de regret et de culpabilité. »

La majorité des professionnels mentionnent qu'il faut questionner les femmes sur la raison qui motive le recours à l'IVG. L'autre partie déclare que cette question est peu nécessaire, et qu'elle risquerait également d'interférer dans la relation thérapeutique.

Pour certains professionnels, lorsque la patiente se présente pour un avortement spontané, celle-ci se montre plus fragile et mérite un soutien psychologique. La grossesse est dans ce cas considérée comme désirée. Celles qui ont recours à une IVG reçoivent des informations concernant les risques et les conséquences en lien avec la pratique. La grossesse est considérée comme non désirée. Un préjugé est alors perçu en différenciant les grossesses.

2) L'influence des valeurs morales sur la prise en soin des femmes ayant recours à un avortement :

9 L'étude montre que la majorité des professionnels infirmiers laissent leurs propres valeurs morales interagir dans les soins administrés aux femmes en processus d'avortement. Certains professionnels de santé pensent que plusieurs de leurs confrères superposent leurs propres croyances et représentations comme étant également celles de la personne soignée. Certains professionnels disent que d'autres soignants ne sont pas habitués à faire face à l'avortement lorsqu'ils le considèrent comme un acte de dénaturation, ce qui engendre des soins et une assistance inefficace. Des participants de l'étude déclarent que pour des raisons religieuses ou pour des valeurs morales, les professionnels agissent souvent par discrimination envers les femmes en processus d'avortement.

3) L'humanisation des soins de l'équipe infirmière dans le processus d'avortement :

9 La majorité des participants de l'étude ont mentionné l'absence du concept d'humanisation des soins dans l'approche thérapeutique lors du processus d'avortement. Cependant, pour l'autre partie d'entre eux, le concept de l'humanisation des soins est insérée dans l'accompagnement des femmes en processus d'avortement.

9 Certains professionnels déclarent que l'humanisation doit être intégrée quelles que soient la cause et l'origine de l'avortement. D'autre pensent qu'il est nécessaire d'avoir recours à des soins humanisants, car l'opinion personnelle du soignant ne doit pas influencer les soins offerts aux patientes.

Implication pour notre travail et la pratique infirmière

9 Les valeurs culturelles et sociales influencent le regard des professionnels dans la relation avec les femmes en processus d'avortement. Ces valeurs poussent à croire que les femmes ont recours à l'avortement pour les raisons suivantes : désespoir familial, absence d'un compagnon, enjeux financiers et planification familiale inefficace ou inadéquate.

9 Lorsque l'avortement est considéré comme un péché, cela peut complexifier certaines prises en soin et engendrer des situations mettant en jeu la vie de la femme.

9 L'avortement provoqué est considéré comme une conséquence du manque de connaissance ou d'accès à des méthodes contraceptives, du manque d'éducation sur la sexualité et la parentalité et/ou d'une difficulté de ressources contraceptives dans les services de santé de base.

9 Toute la période se trouvant entre la détection de la grossesse et la prise de décision de l'IVG est une période de dérèglement émotionnel et d'exacerbation de la fragilité chez la femme. Les femmes qui entrent dans ce processus doivent également bénéficier d'un soutien comme les femmes ayant vécu un avortement spontané. Les objectifs de l'équipe sont : « de ne pas différencier les soins offerts, de rechercher à diagnostiquer l'origine de l'avortement en faisant attention à ne pas juger la cause de celui-ci et d'offrir une prévention en matière de santé aux patientes. »

- 9 Les professionnels doivent traiter chaque situation comme étant unique, sans installer une procédure mécanique, car les sentiments de culpabilité, d'incapacité et d'échec sont inévitables quelle que soit l'origine de l'avortement.
- 9 Si les professionnels ne sont pas correctement formés, il y a beaucoup de chance qu'ils contribuent à l'augmentation des jugements de valeur et des préjugés.
- 9 L'humanisation des soins dans le processus d'avortement augmente leur qualité, respecte le principe d'holisme dans l'approche thérapeutique et vise le bien-être physique et psychologique. Le soin est en concordance avec le concept d'intégrité et favorise le concept de dignité auprès de la patiente, mais également auprès des soignants dans leur rôle professionnel.

5.2.3 Article 3

Knowledge of the abortion law and key legal issues of sexual and reproductive health and rights among recently arrived migrants in Sweden: A cross-sectional survey

Résultats

Les résultats recueillis sur les connaissances en matière de lois de santé sexuelle et reproductive sont les suivants :

- 1) **Loi sur l'avortement** : sur 6'263 participants, 57% ont répondu à la question sur l'avortement. Sur ce pourcentage, 26% des migrants ont répondu correctement à la question sur cette loi. Divers facteurs ont été associés à une probabilité plus grande de ne pas connaître les lois sur l'avortement : être religieux, ne pas avoir eu d'éducation sexuelle auparavant, venir d'un pays avec une majorité de restrictions en matière d'avortement, avoir un bas niveau d'étude et avoir un permis de séjour provisoire. Pour ces facteurs, la P-value était inférieure à 0.05 et donc significative. En revanche, les facteurs tels que l'âge, le sexe, la durée de séjour en Suède, la situation de vie (vivre seul ou non), la raison de la migration (demandeur d'asile) et le fait de ne pas avoir de permis de résidence ne sont pas associés à des connaissances erronées sur les lois de l'IVG.
- 2) **Loi sur le consentement sexuel** : 61% des participants ont répondu correctement à la question sur la législation du consentement sexuel. En revanche, 48% ne savent pas que le consentement sexuel s'applique également au sein des couples mariés et qu'il est possible de refuser des relations sexuelles avec son/sa conjoint-e.
- 3) **Loi sur la majorité sexuelle et l'âge légal pour se marier** : 89% des participants ont conscience qu'il est interdit par la loi d'avoir des relations avec un mineur qui n'a pas la majorité sexuelle (soit 15 ans). 88% ont répondu correctement sur la loi qui autorise le mariage dès 18 ans.

Résultats des caractéristiques sociodémographiques recueillis :

- 9 32% ont un niveau d'école obligatoire, 31% ont un niveau d'étude secondaire et 31% un niveau d'étude post-secondaire.
- 9 46% ont eu une éducation sexuelle avant d'arriver en Suède, contre 54% qui n'en a pas reçu ou ne sait pas s'ils en ont eu une.
- 9 Les principales religions identifiées chez les participants sont l'islam à 60% et le christianisme à 18%.
- 9 Les pays d'origine des participants sont répertoriés en région : 46% viennent du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, 16% de l'Afrique subsaharienne, 11% d'Asie du Sud et 26% viennent d'autres régions, telles que l'Europe, les Caraïbes et l'Amérique latine.
- 9 74% des participants viennent de pays avec des lois majoritairement restrictives sur l'IVG (le terme restrictif inclut les critères suivants : l'IVG est totalement interdite ou autorisée uniquement pour sauver la vie de la femme ou préserver son intégrité physique).
- 9 55% des participants sont arrivés entre 2016 et 2019 en Suède et 60% ont un permis de séjour fixe, contre 47% qui sont demandeurs d'asile.

Implication pour notre travail et la pratique infirmière

- 9 Cette étude met en avant la nécessité de cibler les informations en matière de lois sur la santé sexuelle et reproductive en les adaptant à la langue parlée par la personne migrante, ce qui permettrait d'augmenter la littératie en santé de celle-ci. Un niveau d'éducation bas mènerait à des connaissances incorrectes sur les lois de santé sexuelle et reproductive en Suède et influencerait l'accès des migrants à des informations fiables sur le droit à l'avortement. L'éducation est donc un facteur déterminant pour donner le pouvoir aux personnes d'accéder aux informations et aux services de santé sexuelle.
- 9 Les normes et les valeurs culturelles pourraient également expliquer le manque de connaissance sur les lois de santé reproductive. En effet, les traditions culturelles vont parfois à l'encontre des lois, comme le mariage des mineurs dans certaines communautés alors qu'une loi interdit le mariage avant 18 ans en Suède. Les normes sociales comme le patriarcat soulignent parfois la dynamique du pouvoir et de la hiérarchie exercée sur la capacité des femmes à prendre des décisions concernant leur santé reproductive et leurs relations sexuelles. La prise de décision en matière de santé sexuelle et reproductive des femmes immigrées serait majoritairement contrôlée par leur mari.
- 9 Il est important d'identifier les lois qui sont mal connues et pourraient être mal comprises, afin de fournir davantage d'informations claires et exactes par le biais d'éducatrices sexuelles complètes ou d'un programme d'intégration civique et éducationnel pour migrants.
- 9 Bien que les points de vue diffèrent selon les religions en matière d'avortement, la majorité de celles-ci ne cautionnent pas l'IVG. De plus, les normes de la plupart des religions donnent une signification bien précise à la santé reproductive, ce qui influence donc le désir ou non de contraception d'une femme. Par exemple, des femmes issues d'une religion qui est contre la contraception démontrent une attitude négative sur le fait d'utiliser la contraception comme régulateur de nombres d'enfants, mais la tolèrent pour espacer les naissances. Les migrants qui arrivent dans un nouveau pays pour s'y installer maintiennent leur propre culture et leurs traditions, ce qui module leurs connaissances et leurs croyances quant à la santé reproductive et sexuelle. Une exposition sociétale progressive et inclusive permettrait de fournir de meilleures connaissances aux personnes immigrées.
- 9 Les personnes issues de pays avec des lois restrictives sur l'IVG seraient plus sujettes à renforcer les croyances sociétales et la stigmatisation de l'avortement, ce qui conduirait à la croyance que cette pratique est moralement mauvaise et légalement interdite dans tous les autres pays.
- 9 Les participants qui n'ont pas eu d'éducation sexuelle antérieure connaissent moins les droits d'avortement. Même lorsqu'ils reçoivent des programmes d'éducation sexuelle complets, la religion ainsi que les normes et valeurs culturelles influencent leur manque d'information en matière de lois et santé sexuelle. Les migrants auraient donc souvent besoin de recevoir une éducation sexuelle complète et des informations sur les lois ainsi que sur les services de santé sexuelle et reproductive en Suède, ce qui pourrait atténuer les facteurs qui exposent les migrants à des risques de grossesse non désirée ou d'abus sexuels. Cette éducation permettrait aux migrants de prendre des décisions conscientisées et éclairées concernant leurs relations et leur sexualité.

5.2.4 Article 4

Percepções Da Enfermagem Sobre Gestão E Cuidado No Abortamento: Estudo Qualitativo**Résultats****« IC – La prise en soin influencée par le jugement de valeurs » :**

- 9 Les participants estiment que la gestion et la réalisation des soins sont déficitaires dans le processus d'avortement à cause des idées préconçues. Certains professionnels ne se sentent pas compétents dans leurs interactions avec les patientes, car ils ne se trouvent pas suffisamment préparés pour aborder ces situations de soins.
- 9 Les participants déclarent que l'avortement est une thématique influencée par le jugement de valeur. Les infirmiers possèdent des idées préconçues qui vont avoir un impact sur l'accompagnement de la femme dans le processus d'avortement. Si l'avortement est provoqué, le soignant adopte une posture de rejet par le biais de commentaires discriminants.
- 9 Aborder le sujet de l'avortement avec les patientes est difficile pour les soignants. Il est compliqué pour eux d'entrer dans la relation et d'établir la communication avec les patientes. Ils ont tendance à penser que la femme n'est pas prête à parler de sa situation. Bien que l'objectif ne soit pas de discriminer la patiente, les infirmiers se retrouvent limités et effrayés ne sachant pas comment communiquer.
- 9 Les conflits de valeurs et le manque de formation des professionnels sont utilisés comme justificatif pour les lacunes présentes dans la prise en soin des femmes en processus d'avortement.

« IC - La prise en soin influencée par les aspects socioculturels » :

- 9 De façon générale, il existe un malaise dans la prise en soin qui est parfois induit par le fait que les patientes ne sont pas coopératives. Après avoir recours à l'avortement, les femmes sont souvent perturbées, présentent une attitude défensive et fuient ou veulent quitter l'hôpital. Ces réactions sont difficiles à gérer pour les soignants.
- 9 Les divers facteurs socioculturels complexifient la prise en soin des femmes en processus d'avortement. Les soignants rencontrent des difficultés à trouver la juste expression au regard du sentiment de regret que peuvent manifester certaines d'entre elles.
- 9 Les professionnels mentionnent aussi certaines difficultés dans la prise en soin lorsque les femmes vivent un avortement spontané, car elles sont plus tristes et déprimées.

9 Pour les professionnels, il est compliqué également de discuter avec les patientes lorsque celles-ci sont accompagnées d'un proche, car elles sont terrifiées à l'idée que ce dernier apprenne que c'est un avortement provoqué. La crainte du soignant est de divulguer certaines informations que la patiente ne souhaiterait pas partager avec son accompagnant.

9 La méconnaissance des professionnels à propos des lois en vigueur pour l'avortement et les aspects éthiques de cette pratique constituent une problématique dans la qualité des soins. Ces éléments augmentent les attitudes discriminatoires, punitives et normatives.

« IC - La prise en soin focalisée sur les soins cliniques » :

9 L'article énumère les premiers soins offerts à la patiente qui se présente pour un avortement : « la recherche de risque de vie pour la femme, l'évaluation clinique incluant la prise de paramètres vitaux ainsi que l'appréciation du col de l'utérus et d'écoulement sanguin. Si la grossesse est avancée, un ultrason est réalisé afin d'objectiver la présence ou non de battements fœtaux. Lorsque que l'avortement est provoqué, il faut être attentif à l'expulsion du fœtus et à la fermeture du col ».

« IC - La prise en soin des femmes en processus d'avortement s'allie au modèle d'intégrité et de l'humanisation » :

9 La prise en soin des femmes est différente en comparaison à des prises en soin passées lorsque les professionnels de santé étaient plus réticents à l'avortement.

9 L'objectif est de maintenir la sécurité physique et psychologique de la patiente. Lors de la prise en soin, les soignants administrent les soins techniques et offrent un soutien émotionnel. Indépendamment de l'origine de l'avortement, l'écoute, le dialogue et le soutien psychologique sont des éléments qui humanisent la prise en soin.

9 Pour les patientes qui ont recours à une IVG, certaines ne semblent pas préoccupées, d'autres se présentent avec un état psychologique très affecté. Dans le cas de ces dernières, les soignants tentent d'offrir un soutien psychologique plus important en restant près de la patiente, en discutant avec elle et en l'écoutant. Si l'état mental de la patiente se péjore, les infirmiers font appel à un professionnel spécialisé en psychiatrie. Pour les patientes qui vivent un avortement spontané, elles manifestent souvent le besoin de soins. Généralement, elles se livrent et racontent ce qu'elles ont vécu.

9 Certains participants de l'étude ont considéré la prise en soin des femmes en processus d'avortement comme étant facile, car ils pensent qu'elles sont plus accessibles et peu exigeantes.

« IC – Une prise en soin facile, car les femmes n'exigent rien » :

9 Certains participants de l'étude trouvent la prise en soin facile lors du processus d'avortement. Pour eux, les femmes se livrent facilement tout en posant les limites de ce qu'elles souhaitent partager avec les soignants. Dans la prise en soin, les soignants reconnaissent ces limites et ajustent par la suite l'accompagnement.

9 Dans le cas d'un avortement spontané, certains participants ont affirmé qu'il était plus facile d'entrer en relation avec la femme, car celle-ci s'exprime davantage sur son vécu. L'accueil et l'accompagnement se font plus naturellement. Ceci peut être compris comme une influence culturelle, car tant les patientes que les soignants se sentent en sécurité de ne pas transgresser les règles ou les valeurs morales.

« IC – L'ambiance de l'unité » :

9 Dans l'organisation du service, l'objectif est de séparer les femmes en gestation et les femmes en processus d'avortement. Les professionnels de santé déclarent que cela permet de prévenir certaines souffrances et traumatismes chez les femmes en processus d'avortement quelle que soit son origine.

9 Lorsque le service est surchargé, les soignants regroupent les mères atteintes du VIH et qui n'allaient pas avec les femmes en processus d'avortement. Néanmoins, un espace réservé aux femmes en processus d'avortement est à prioriser.

Implication pour notre travail et la pratique infirmière

9 Dans la prise en soin des femmes en processus d'avortement, les difficultés de communication modifient l'approche thérapeutique centrée sur l'empathie. La transmission d'informations est déficiente négligeant ainsi l'autodétermination de la patiente. Les valeurs personnelles des soignants sont importantes, mais il vaut mieux dissocier ses propres croyances dans la prise en soin, car certaines attitudes entraînent des répercussions sur la relation thérapeutique. Une rencontre positive avec les femmes augmente la satisfaction dans la prise en soin, favorise l'expression des patientes et crée une relation thérapeutique de confiance. Ces éléments contribuent à faciliter l'accès aux soins, car les femmes demanderont plus facilement assistance en cas de nouvelle problématique de santé.

9 Dans les pays en développement comme le Brésil, la vulnérabilité des femmes augmente en fonction de la situation sociale et de l'accès à l'information. La précarité influence l'estime de soi des femmes et les prédispose à l'exposition de facteurs de risque pour leur santé.

9 Les résultats d'autres études concordent avec ceux de l'article en ce qui concerne les problèmes rencontrés dans l'accompagnement des femmes en processus d'avortement mettant en lumière les difficultés d'accès, le manque d'information, le manque de considération des besoins des femmes et de leur autodétermination.

- 9 Le rôle infirmier est de planifier, surveiller et promouvoir la santé. Dans ce sens, il est du rôle infirmier de l'unité d'allier les concepts théoriques à la pratique, de sensibiliser les autres professionnels ainsi que les bénéficiaires de soins aux lois en application dans le pays et de fournir une formation regroupant les aspects techniques, scientifiques et humanistes dans la prise en soin. Par ce biais, les soins offerts seront de qualité.
- 9 L'écoute active permet d'intégrer une confiance et un espace de parole afin que la patiente puisse s'exprimer sur son expérience. Cette approche doit être favorisée si la femme se sent honteuse d'avoir eu recours à une IVG.
- 9 Il est nécessaire que les soignants adoptent une posture professionnelle neutre et qu'ils adaptent leurs comportements et leurs discours aux représentations de soin de la patiente. Pour ce faire, les soignants s'informent des facteurs socioculturels présents chez la patiente. Cet élément renforce l'idée que des compétences en communication sont essentielles pour une prise en soin de qualité.
- 9 Dans la prise en soin, il y a deux aspects principaux. Le premier réside dans la préservation, le respect et la reconnaissance de la variabilité des situations de soin afin de renforcer l'individualisation des soins. Le deuxième aspect est la conformisation des soignants aux règles et valeurs générales. L'équipe infirmière opte pour une approche thérapeutique consciente et orientée vers les besoins spécifiques des femmes favorisant une prise en soin régie par les concepts d'intégrité et de dignité.
- 9 Un espace accueillant et privatisé permet de favoriser la relation thérapeutique, l'expression du vécu et réduit la durée d'hospitalisation des femmes. Pour les professionnels, cette organisation facilite leur travail, optimise les soins offerts tout en augmentant leur satisfaction au travail et la réduction des dépenses. L'organisation du service établissant un espace dédié aux femmes qui avortent promeut une prise en soin humanisée. L'intimité et la communication sont favorisées dans la relation thérapeutique augmentant ainsi la qualité des soins.

5.2.5 Article 5

Young migrant and refugee people's views on unintended pregnancy and abortion in Sydney

Résultats

Quatre thématiques centrales ont été identifiées :

1) « La grossesse hors mariage a des significations et des conséquences sociales négatives » :

- 9 Pour la plupart des participants, avoir des enfants est perçu comme quelque chose de positif au sein de leur famille et de leur communauté. A contrario, une grossesse hors mariage est considérée comme une honte. Celle-ci affecte le bien-être social de la femme enceinte et de sa famille. Divers participants pensent que la femme pourrait être exclue de sa famille si elle venait à avoir une grossesse hors mariage.
- 9 Plusieurs participants ont mentionné le fait que l'homme est moins victime des préjudices liés à la grossesse hors mariage.
- 9 Plusieurs participants déclarent que malgré la honte associée à la grossesse non désirée, leur mère pourrait comprendre la situation même si elle est en colère. Néanmoins, certaines participantes mentionnent que malgré ce soutien, elles savent qu'elles deviendraient un fardeau pour leur famille. Elles discutent également du risque de se faire rejeter par leur propre famille et par leur communauté. Celui-ci engendre un sentiment de peur.
- 9 Plusieurs participantes partagent également la croyance qu'une grossesse hors mariage induirait un mariage précipité. Le but serait de se marier avant que la nouvelle d'une grossesse hors mariage se propage. Elles parlent ici de l'existence d'une pression familiale qui incite à cacher cette situation.

2) « L'avortement ne se discute pas, mais il est plus acceptable que de poursuivre une grossesse non désirée » :

- 9 Pour plusieurs participants, l'avortement est une pratique aussi inacceptable que la grossesse hors mariage. Malgré ceci et leurs croyances religieuses et culturelles, certains participants déclarent avoir la possibilité de recourir à l'avortement si cette situation reste intime et uniquement partagée avec le partenaire. Pour d'autres, l'avortement est une pratique plus acceptable en comparaison avec une situation de grossesse hors mariage. Les motivations pour recourir à l'IVG pourraient être de l'ordre de la réputation sociale, mais également liées à leur âge et à leur stade de vie. Plusieurs participants mentionnent également l'idée que l'avortement permet de ne pas briser l'espoir des parents en ce qui concerne la carrière de leur enfant.
- 9 Les participants hommes de l'étude ont relevé des discours semblables à ceux des participantes de l'étude. Ils mentionnent le soutien qu'ils apporteraient à leur partenaire et espéreraient également qu'elle estime l'avortement comme la meilleure des options dans le cas d'une grossesse hors mariage.

3) « Les familles ont également des points de vue variés sur l'avortement, dont certains sont assez contradictoires » :

9 Les discours des différents participants en ce qui concerne le point de vue de leur famille au sujet de l'avortement sont variés. Pour certains, la famille n'accepterait pas le recours à l'avortement, et d'autres pensent que leur famille pourrait préférer tenir le secret d'un avortement que la poursuite d'une grossesse hors mariage. Pour certains, « l'avortement semble être un moyen pour que la famille puisse sauver la face auprès de leur communauté et leur famille élargie ». Pour eux, il est clair qu'ils doivent davantage négocier leur choix par rapport aux contraintes culturelles et religieuses que d'autres jeunes australiens qui ne sont pas issus de la migration.

4) « La connaissance limitée des services d'avortement reflète un manque plus large d'engagement avec les soins de santé sexuelle et reproductive » :

9 Plusieurs des participants ne savent pas où ils peuvent aller rechercher les informations en lien avec le processus d'avortement et avec qui ils pourraient discuter des grossesses non désirées et des IVG.

9 Plusieurs participants ont déclaré être très reconnaissants d'avoir reçu l'éducation sexuelle à l'école dans leur pays d'accueil, car la sexualité est un sujet très peu ou pas abordé dans leur cercle familial et/ou communautaire.

9 Certains participants disent qu'ils commenceraient par chercher les informations sur internet, puis ils se référeraient au médecin généraliste, même s'ils savent que celui-ci va probablement les orienter vers un autre service. D'autres disent qu'il ne se tourneraient pas vers le médecin généraliste, car c'est le médecin familial.

9 Il y a plusieurs difficultés pour accéder à l'avortement en Australie comme la notion juridique et les coûts. La population issue de la migration est plus à risque de ne pas recevoir des informations de qualité en ce qui concerne la contraception, les grossesses non désirées et l'avortement.

Implication pour notre travail et la pratique infirmière

9 Cette étude mentionne la complexité à laquelle sont confrontés les jeunes issus de la migration et les jeunes réfugiés. Celle-ci est provoquée par le fait qu'ils doivent davantage négocier leur choix de vie sexuelle et reproductive en raison de leur valeurs culturelles et religieuses ainsi que les attentes y relatives.

9 Dans la mesure où la grossesse hors mariage est un élément qui engendre de lourdes conséquences négatives chez le jeune issu de la migration ou le jeune réfugié, il est extrêmement important de faire de la promotion et de la prévention en donnant accès à l'information sur la manière d'obtenir un moyen de contraception et du soutien en cas de grossesse non désirée. Pour favoriser l'accès à l'information, il serait intéressant de faire davantage de promotion en ce qui concerne la santé sexuelle dans les écoles, en donnant des informations concernant la contraception d'urgence, les options possibles en situation de grossesse et les lieux/services disponibles.

9 Les professionnels de santé doivent être sensibilisés aux situations de soin dans lesquelles le bénéficiaire souhaite dissimuler sa vie sexuelle à sa famille, ainsi l'accès à l'information sera facilité et la confiance aux services de soins augmentée.

5.2.6 Article 6

The role of birthplace and educational attainment on induced abortion inequalities	
Résultats	
9	Sur toutes les participantes de l'étude (7'211), 34,6% d'entre elles ont procédé à un avortement en 2011, 31,9% d'entre elles en 2012 et 33,5% en 2013. Pour les femmes d'origine espagnole, 35,3% ont eu recours à l'avortement en 2011, 32,1% en 2012 et 32,6% en 2013. Pour les femmes issues d'un pays à faible revenu, 33,8% ont eu recours à l'avortement en 2011, 31,7% en 2012 et 34,5% en 2013. La P-value est de 0,21.
9	Les résultats de l'étude montrent que 36,1% des femmes participantes avaient recours à un avortement répété et que pour 4,2% d'entre elles, il s'agissait d'un avortement réalisé au cours du 2 ^{ème} trimestre de gestation.
9	Sur le total des femmes issues d'un pays à faible revenu, 71,2% d'entre elles ont avorté à l'âge de 34 ans et moins. 60,9% des femmes espagnoles ont avorté à l'âge de 34 ans et moins. Cette différence est significative avec une P-value <0.0001.
9	30,5% des femmes issues d'un pays à faible revenu possèdent un niveau d'étude primaire et 69,5% d'entre elles possèdent un niveau d'étude secondaire ou supérieur. Pour les femmes espagnoles, 7,9% d'entre elles possèdent un niveau d'étude primaire et 92,1% d'entre elles possèdent un niveau d'étude secondaire ou supérieur. Cette différence est significative avec une P-value <0.0001.
9	45,7% des femmes issues d'un pays à faible revenu ont vécu un avortement répété. Tandis que 28,2% des femmes espagnoles ont vécu un avortement répété. Cette différence est significative avec une P-value <0.0001.
9	3,7% des femmes issues d'un pays à faible revenu ont vécu l'avortement au cours du 2 ^{ème} trimestre. Tandis que 4,7% des femmes espagnoles ont vécu l'avortement au cours du 2 ^{ème} trimestre. Cette différence est significative avec une P-value <0.03.
9	La prévalence des IVG était de 6,0% avec 2,2% d'IVG répétées et 0,3% des IVG réalisées au cours du 2 ^{ème} trimestre.
Implication pour notre travail et la pratique infirmière	
9	Les résultats de l'étude concordent avec les résultats d'une autre étude menée en Espagne, selon laquelle les femmes immigrées sont plus susceptibles d'avoir recours à une IVG répétée en comparaison avec les femmes autochtones.
9	L'étude montre, comme les autres études menées précédemment, que les IVG répétées ou du 2 ^{ème} trimestre semblent augmenter avec le niveau d'éducation chez les femmes immigrées. Cette constatation suggère que l'éducation ne peut pas protéger les femmes immigrées des IVG répétées comme elle le fait pour les femmes autochtones.

- 9 En accord avec d'autres études, l'article mentionne qu'un niveau d'éducation sexuelle inférieur et une relation moins égale avec les partenaires (limitant le pouvoir de négociation d'une femme sur la relation sexuelle) chez les femmes immigrées peut expliquer la fréquence plus élevée de grossesses non désirées, quel que soit le niveau d'éducation. Cet argument a été avancé dans le contexte norvégien, notant une plus grande importance des facteurs culturels par rapport à l'éducation lorsqu'il s'agit de décisions en matière de procréation.
- 9 Chez les femmes immigrées, la décision d'interrompre la grossesse peut être influencée par des facteurs sociaux et économiques qui sont réduits pour elles dans le pays d'accueil. Ces facteurs sont : le soutien social et familial, les opportunités d'emploi et le statut socio-économique. Ainsi, le manque de soutien social et de compétences professionnelles des femmes immigrées pourrait être un facteur influençant davantage la décision d'avoir recours à une IVG.
- 9 Les limites de l'étude résident dans le fait que les données sont limitées. Elles n'incluent pas la durée de résidence en Espagne, qui serait une variable pertinente pour comprendre la relation entre le lieu de naissance et le niveau d'éducation en ce qui concerne l'IVG.

5.2.7 Article 7

Characteristics of Immigrants Obtaining Abortions and Comparison with U.S.-Born Individuals.**Résultats**

Voici les résultats significatifs obtenus sur les caractéristiques démographiques des femmes immigrées ayant eu recours à l'IVG, avec une P-value <0.001 :

- 9 51% ont avorté entre 20 et 29 ans, mais une plus grande proportion de femmes immigrées avorte après 30 ans (40%).
- 9 50% ont un niveau de pauvreté avéré (inférieur au 100% du seuil de pauvreté fédéral) et 23% sont proches du niveau de pauvreté (entre 100% et 199% du seuil de pauvreté fédéral).
- 9 78% sont diplômées du lycée et 22% n'ont pas fini leurs études.
- 9 30% des femmes sont mariées, 95% reportent ne jamais avoir été victime de violences conjugales (pas significatif, car la P-value est de 0.181).
- 9 49% sont hispaniques, 20% sont asiatiques, 15% non hispanique de couleur noire et 10% non hispanique de couleur blanche.
- 9 La plus grande proportion des femmes vit dans le Sud (33%) et à l'Est (31%).
- 9 45% ne sont pas assurées pour les soins de santé.
- 9 24% des femmes ont répondu au questionnaire en espagnol, contre 76% en anglais.
- 9 33% n'ont pas eu de naissances antérieures et 52% n'ont pas subi d'avortement antérieurement (non significatif car la P-value est de 0.827)
- 9 92% ont avorté lors du 1^{er} trimestre.
- 9 80% des femmes ont parcouru moins de 40 kilomètres pour avorter et 9% ont parcouru plus de 80 kilomètres.
- 9 15% des immigrées ont reporté avoir vécu au moins deux événements perturbateurs ou plus durant la dernière année précédant le questionnaire.

En comparaison, les résultats significatifs obtenus sur les caractéristiques des femmes non-immigrées ayant eu recours à l'IVG avec une P-value <0.001:

- 9 60% ont avorté entre 20 et 29 ans, contre 23% après 30 ans.
- 9 45% avaient un niveau de pauvreté inférieur au 100% du seuil de pauvreté fédéral, et 27% se trouvent dans le seuil de pauvreté entre 100% et 199%.
- 9 92% sont diplômées du lycée et 8% n'ont pas terminé leurs études.
- 9 12% des femmes sont mariées, 94% reportent ne jamais avoir été victimes de violences conjugales (pas significatif, car la P-value est de 0.181).
- 9 20% sont hispaniques, 2% sont asiatiques, 31% non hispanique de couleur noire et 42% non hispanique de couleur blanche.
- 9 36% des femmes vivent dans le Sud et 24% vivent à l'Est.

- 9 32% ne sont pas assurées pour les soins de santé.
- 9 99.6% ont répondu au questionnaire en anglais, contre 0.4% en espagnol.
- 9 41% n'ont pas eu de naissances antérieures et 53% n'ont pas subi d'avortement antérieurement (pas significatif car la P-value est de 0.827).
- 9 89% ont avorté durant le 1^{er} trimestre.
- 9 70% des femmes ont parcouru moins de 40 kilomètres pour avorter et 16% ont parcouru plus de 80 kilomètres.
- 9 25% des autochtones ont reporté avoir vécu au moins deux événements perturbateurs ou plus durant la dernière année précédant le questionnaire.

Implication pour notre travail et la pratique infirmière

- 9 Les individus ayant recours à l'IVG ont longtemps été une population économiquement et socialement marginalisée. Les données récoltées dans cette étude suggèrent que certaines de ces vulnérabilités sont plus prononcées chez les personnes immigrées. Celles-ci ont notamment un niveau d'étude inférieur au lycée et n'ont pas d'assurance maladie.
- 9 Une plus grande proportion des femmes immigrées a un revenu familial inférieur à la moyenne. Le statut d'immigrée peut restreindre les possibilités d'emploi et limiter les opportunités uniquement à des emplois avec de bas salaires, ce qui influence les revenus familiaux.
- 9 Une majorité des femmes immigrées étaient de couleur. Avec les antécédents de racisme et de xénophobie aux Etats-Unis, ces femmes pourraient davantage être discriminées et stigmatisées de manière générale et également dans le système de santé en raison de leur culture, leur origine et leur couleur de peau. Ceci peut diminuer leur recours et leur accès aux services de santé reproductive.
- 9 24% des femmes immigrées ont répondu en espagnol. La barrière de la langue peut être une source de discrimination supplémentaire et peut également limiter la capacité individuelle des femmes à trouver et obtenir des soins nécessaires dans les communautés et les systèmes de santé où seul l'anglais est utilisé.
- 9 Les femmes immigrées sont sujettes à avorter plus tard. Ceci peut être associé au fait que les femmes n'arrivent qu'à l'âge adulte aux Etats-Unis.
- 9 Les femmes immigrées sont plus favorables à vivre dans des régions métropolitaines et parcourent de moins longues distances pour avoir recours à l'IVG. Ceci refléterait la concentration d'immigrants dans les zones urbaines. Dans celles-ci se trouvent plus de soignants fournissant des soins d'avortement. Cette proximité d'accès aux soins peut compenser d'autres barrières d'accès aux soins potentielles. Les immigrants auraient moins de ressources pour parcourir de plus longues distances. De plus, le fait qu'une faible proportion des femmes immigrées avortent après 12 SA serait lié aux coûts supplémentaires que cette intervention engendre.
- 9 Les femmes immigrées vivent moins d'événements perturbateurs, mais les facteurs de stress liés directement à l'immigration n'ont pas été inclus.

6. Discussion

Au travers de cette revue de littérature, notre objectif est de comprendre comment la prise en soin des femmes issues de l'immigration ayant recours à une IVG peut être optimisée. Les divers articles proposent des éléments de réponse pour améliorer la qualité des soins offerts à cette population.

Afin de structurer la discussion, nous reprenons le modèle de soins transculturels de Madeleine Leininger. Celle-ci identifie huit facteurs qui influencent la santé et les soins de la personne. Les résultats obtenus dans les articles permettent d'aborder chacun de ces aspects. Cependant, comme le décrit Madeleine Leininger dans sa théorie, ces huit éléments interagissent entre eux et s'influencent. De ce fait, nous choisissons de répertorier les résultats selon leur pertinence, bien que nous soyons conscientes que certains d'entre eux se retrouveraient dans plusieurs facteurs.

6.1 Facteur technologique

Selon notre compréhension du modèle, nous intégrons les aspects organisationnels des soins dans le facteur technologique. Celui-ci se retrouve dans quatre des articles analysés. Plusieurs barrières organisationnelles interféreraient dans la prise en soin de la femme immigrée. L'article de Larsson et al. (2016) mentionne que la prise en soin d'une femme immigrée ayant recours à une IVG nécessite plus de temps, d'investissement et de ressources. Parfois, un interprète est sollicité et des modèles anatomiques ainsi que des brochures sont nécessaires pour imaginer les explications. Nous pensons, comme les auteurs, que cela demanderait plus de temps aux soignants et nécessiterait une réorganisation de la répartition des patients au sein de l'équipe et de l'unité. Dans l'article de da Silva Santiago Streffling et al. (2015), la mise en place d'un espace dédié aux femmes en processus d'avortement améliorerait la prise en soin et favoriserait leur intimité. Ceci allégerait les craintes des soignants en ce qui concerne la divulgation d'informations. Larsson et al. (2016) appuient l'importance de respecter le désir des femmes immigrées d'anonymiser la procédure d'avortement. Certaines d'entre elles manifestent des craintes en raison des normes culturelles imposées par leur famille et leur communauté qui interdisent les grossesses hors mariage ainsi que l'avortement.

6.2 Facteur religieux, spirituel et philosophique

Au cours de l'analyse des articles, nous repérons un paradoxe entre les croyances à propos de l'IVG et le recours à celle-ci. Dans de nombreuses religions, il est considéré que la vie commence au moment de la fécondation et l'IVG est peu tolérée ou considérée comme un crime. Les femmes ayant recours à l'IVG et qui adhèrent à cette pensée pourraient craindre d'être condamnées par leur entourage, leur communauté religieuse ou les figures divines de leur religion. Tirado et al. (2023) soulignent que les femmes appartenant à une religion qui promeut la reproduction seraient plus susceptibles de refuser une méthode de contraception. Bien que Larsson et al. (2016) renforcent les propos tenus précédemment, ils relèvent également que ces femmes ont davantage recours à l'IVG à cause du refus d'utiliser une méthode de contraception.

La plupart des personnes issues d'une autre culture que celle de leur pays d'accueil conserveraient les normes et traditions culturelles de leur pays d'origine. Comme le décrivent Tirado et al. (2023), ce phénomène engendrerait des méconnaissances sur les lois en vigueur et des croyances erronées en matière de santé sexuelle et reproductive.

6.3 Facteur politique et juridique

Tirado et al. (2023) montrent que très peu d'immigrants connaissent la loi sur l'IVG en vigueur dans le pays d'accueil. Ce phénomène pourrait être relié aux facteurs religieux, au manque d'éducation sexuelle à leur arrivée dans le pays, aux réglementations concernant l'accès à l'avortement dans leur pays d'origine, à un niveau faible d'étude et à la possession d'un permis de séjour provisoire. Nous partageons l'idée de cet article qu'il serait important de sensibiliser les personnes immigrées sur leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive en proposant des informations adaptées dans leur langue.

Afin de fournir des soins de qualité en matière d'avortement, la connaissance des lois par la patiente ainsi que par les soignants est indispensable. Comme le suggèrent da Silva Santiago Strefling et al. (2015), cette connaissance par les professionnels diminuerait les attitudes discriminatoires et punitives dans la relation de soin.

6.4 Facteur biologique

Selon notre compréhension du modèle, nous intégrons la santé physique et mentale au facteur biologique. Dans l'article de da Silva Santiago Strefling et al. (2015), l'un des objectifs de la prise en soin d'une femme en processus d'avortement est d'assurer l'intégrité et la sécurité des sphères physiques et psychologiques. Une partie de la prise en soin est axée sur des aspects techniques, tels que l'évaluation clinique, l'appréciation du col de l'utérus et d'écoulement sanguin ainsi que la réalisation d'ultrason si la grossesse est avancée. Une fois la procédure réalisée, il s'agit d'être attentif à l'expulsion du fœtus et à la fermeture du col. D'autre part, la prise en soin de la santé mentale est essentielle pour assurer la sécurité de la patiente. Deux des articles mentionnent les sentiments de culpabilité, de regret et de peur qui se manifesteraient au cours du processus d'avortement et rendraient psychologiquement vulnérables certaines femmes. Nous partageons l'idée qu'il est du rôle infirmier de fournir un soutien psychologique et émotionnel répondant aux besoins de la patiente et de solliciter un professionnel spécialisé en santé mentale si nécessaire.

6.5 Facteur social et familial

Dans de nombreuses cultures, les liens familiaux et au sein des membres d'une communauté sont honorés et font partie intégrante de leur philosophie de vie. L'avortement est une pratique qui questionne l'influence de ces liens. Comme le relèvent (Botfield et al., 2020), les participants ont des avis divisés en ce qui concerne l'opinion familiale et communautaire. Pour certains, leur famille et leur communauté n'accepteraient jamais qu'ils aient recours à l'IVG. Pour d'autres, elle est une solution plus envisageable que la poursuite d'une grossesse hors mariage. Le désaccord de certaines familles et

communautés envers cette pratique engendrerait des sentiments de honte ainsi que de peur du rejet chez la femme immigrée.

Dans certaines cultures, la violence fondée sur l'honneur fait partie des attitudes culturelles et sociétales. « Le terme violence fondée sur l'honneur est généralement défini comme un comportement criminel que son auteur estimait nécessaire ou acceptable pour protéger ou défendre l'honneur de la famille ou de la communauté » (Gouvernement du Canada, 2016). Les femmes dont la culture inclut ce principe craignent que leur entourage découvre qu'elles ont un compagnon et qu'elles sont enceintes alors qu'elles ne sont pas mariées. Comme le décrivent Larsson et al. (2016), celles-ci souhaitent davantage que leur dossier soit traité de manière anonyme au cours du processus d'avortement et qu'aucune information ne soit transmise par courriel ou téléphone. Bien que certaines cultures pratiquent la violence fondée sur l'honneur, ce n'est pas la situation culturelle de toutes les femmes issues de l'immigration. Ce même article, qui met en relation l'IVG et la contraception, mentionne que les femmes immigrées solliciteraient davantage leur entourage et nécessiteraient leur approbation avant de prendre une décision en matière de contraception. Leur partenaire serait également souvent sollicité en raison de la barrière de la langue. Mais le manque de connaissance sur la santé sexuelle et reproductive de celui-ci influencerait négativement le choix de recourir à une contraception. González-Rábago et al. (2017) ajoutent que chez les femmes immigrées, une relation dans laquelle le partenaire a plus de pouvoir décisionnel sur les relations sexuelles serait un des facteurs qui favoriserait l'augmentation de grossesse non désirée. Au regard de ces éléments et en accord avec l'article de Larsson et al. (2016), il serait intéressant de promouvoir l'implication du partenaire dans la prise en soin de la femme pour le sensibiliser aux thématiques de la contraception et de l'avortement et ainsi favoriser l'échange au sein du couple en matière de santé sexuelle et reproductive.

6.6 Facteur économique

Le maintien d'une bonne santé est essentiel pour la qualité de vie de la personne. Néanmoins, certaines difficultés financières pourraient dissuader le patient de recourir à certains soins. Comme le mentionne l'article de Botfield et al. (2020), les coûts de la santé pourraient être un frein à l'accès aux informations sur la santé sexuelle et reproductive ainsi qu'aux services y relatifs. Deux des articles rapportent les difficultés économiques auxquelles les femmes immigrées seraient exposées. Dans le pays d'accueil, la femme immigrée serait confrontée à des ressources financières réduites. Cet élément influencerait la prise de décision d'une IVG. Desai et al. (2019) appuient ce propos en soulignant que la moitié des femmes immigrées ayant avorté se situent dans le groupe disposant de revenus inférieurs à la moyenne. Cette notion impacterait la qualité de vie familiale et le recours à une IVG pour des raisons de précarité.

Ce facteur économique complexifie la prise en soin. Les femmes se retrouveraient dans une ambiguïté confrontant le sentiment de regret et celui du devoir d'avorter en raison de l'incapacité de subvenir à leurs besoins et à ceux de leur enfant.

6.7 Facteur éducationnel

L'éducation, tant scolaire que sexuelle, est une thématique abordée dans cinq des articles. Desai et al. (2019) soulignent que 22% des femmes immigrées ayant eu recours à l'IVG ont un niveau de scolarité inférieur à celui du lycée. Parmi les femmes autochtones ce taux s'élève à 8%. Dans l'article de González-Rábago et al. (2017), la différence entre le taux des femmes immigrées et celui des femmes autochtones ayant un niveau d'étude inférieur est similaire à celle retrouvée dans l'étude citée précédemment. Cette convergence de résultats montre que les femmes immigrées sont plus susceptibles d'avoir un niveau d'étude inférieur. De plus, Tirado et al. (2023) identifient que le bas niveau d'étude chez les personnes immigrées est un des facteurs qui favoriserait le manque de connaissance des lois sur l'avortement dans le pays d'accueil, tout comme l'absence d'une éducation sexuelle antérieure.

Les femmes immigrées auraient moins de connaissances sur l'anatomie féminine, les cycles menstruels, la reproduction ainsi que la contraception comparativement aux femmes autochtones. Dans l'article de Larsson et al. (2016), la raison sous-jacente serait une absence d'éducation sexuelle enseignée au cours de la scolarité. Les participants interviewés dans l'article de Botfield et al. (2020) se montrent reconnaissants envers l'éducation sexuelle transmise à l'école dans le pays d'accueil, car c'est un sujet qu'ils peuvent très peu ou pas aborder avec leur famille et leur communauté. Cependant, selon l'article de Larsson et al. (2016), les femmes immigrées de seconde génération montreraient un niveau plus bas de connaissance bien qu'elles aient reçu une éducation sexuelle à l'école. La compréhension et la communication entre professionnels et patients serait compliquée par ce manque de connaissance. Il serait donc plus difficile de pointer les besoins spécifiques de ces femmes en matière de santé.

Diverses interventions diminueraient l'influence du facteur éducationnel sur la situation des femmes immigrées qui ont recours à l'avortement. Tirado et al. (2023) suggèrent que les immigrants devraient recevoir plus fréquemment une éducation complète sur les lois de santé reproductive, afin de diminuer le risque de grossesse non désirée et d'abus sexuels. En matière d'éducation sexuelle il est important de cibler les informations lacunaires et de les compléter pour améliorer l'accès aux services de santé sexuelle. Les renseignements transmis auprès de la population immigrée à titre de prévention devraient être adaptés et individualisés en prenant en considération leur langue d'origine, afin de s'assurer qu'ils soient compris. La personne pourrait ainsi exercer son pouvoir décisionnel concernant sa sexualité et sa santé reproductive.

Botfield et al. (2020) suggèrent de faire davantage de promotion de santé sexuelle dans les écoles en abordant notamment les thèmes suivants : la contraception d'urgence, les options possibles en situation de grossesse non désirée et les services de santé sexuelle et reproductive disponibles. Nous partageons l'avis que certaines thématiques telles que l'avortement devraient être abordées au cours de cette éducation sexuelle pour déculpabiliser le fait d'y avoir recours. Toutefois, l'article de González-Rábago et al. (2017) mentionne que le facteur éducationnel n'est pas suffisamment protecteur dans la situation

des femmes issues de l'immigration. D'autres facteurs tels que les valeurs, la religion, la place de la femme au sein du couple et le statut socio-économique influenceraient davantage les situations.

6.8 Facteur des valeurs, croyances culturelles et philosophie de vie

Au sein d'une même population, il peut exister différentes cultures qui mènent chaque individu à avoir des valeurs, des croyances et une philosophie de vie propre à soi-même. C'est pourquoi, le modèle de soin de Madeleine Leininger sensibilise à l'importance d'intégrer à la prise en soin la culture de l'individu. Au cours de l'analyse des articles, nous nous sommes rendu compte que la culture de la patiente est une notion à intégrer, mais que la culture du soignant influencerait également la qualité de la prise en soin.

Les articles de Conceição das Mercês et al. (2014) et de da Silva Santiago Strefling et al. (2015) reprennent l'idée que les soignants sont également empreints d'une culture et de valeurs qui leur sont propres. Celles-ci pourraient influencer le regard de certains professionnels et les mèneraient à penser que les femmes ont uniquement recours à l'avortement si elles sont dans une situation de désespoir familial, d'absence d'un compagnon ou de difficultés financières. Certains soignants pourraient transposer leurs représentations comme étant celles de la patiente. Les besoins de celle-ci ne seraient donc pas pris entièrement en considération. Larsson et al. (2016) mettent en avant l'importance que les professionnels de santé considèrent et intègrent la culture des femmes immigrées au même titre que les aspects biomédicaux dans la prise en soin.

Certaines femmes immigrées pourraient penser que les pratiques ayant cours dans leur pays sont les mêmes dans le pays d'accueil. L'article de Tirado et al. (2023) montre que les personnes issues des pays avec des lois restrictives sur l'IVG seraient plus sujettes à renforcer la croyance limitante que l'avortement est moralement mauvais et légalement interdit dans tous les pays. La femme pourrait se sentir jugée si cette représentation persiste. Comme Desai et al. (2019) et da Silva Santiago Strefling et al. (2015) l'énoncent, si lors de la prise en soin la femme se sent jugée, elle diminuerait son recours aux services de santé sexuelle et reproductive à l'avenir. La confiance au sein de la relation thérapeutique serait alors rompue et les besoins de la femme immigrée ne seraient plus satisfaits.

Après avoir parcouru les divers facteurs du modèle proposés par Madeleine Leininger, nous souhaitons retenir quatre éléments qui nous semblent les plus pertinents au regard de la prise en soin des femmes immigrées ayant recours à l'IVG en Suisse. Dans ceux-ci figurent : l'intégration des contraintes financières dans la prise en soin, le renforcement de l'éducation sexuelle et l'inclusion du partenaire tout au long du processus. L'influence de la culture du soignant est un élément pertinent à considérer dans la prise en soin de la patiente et intéressant à questionner pour améliorer l'accompagnement.

7. Recommandations

Dans cette partie de recommandations nous proposons diverses pistes qui cibleraient davantage des améliorations dans la posture soignante, que des interventions axées sur la personne soignée, comme nous l'avons fait précédemment. Nous pensons, en nous appuyant sur plusieurs résultats des articles, que l'infirmière influencerait la qualité de la prise en soin par son attitude et sa philosophie de soin.

Da Silva Santiago Strefling et al. (2015) soulignent que les problèmes rencontrés dans l'accompagnement des femmes ayant recours à une IVG sont le manque d'information, de considération des besoins de la femme et du respect de son autodétermination. Les auteurs de quatre autres articles renforcent ce propos, puisqu'à chaque fois au moins l'une de ces thématiques est énoncée. C'est pourquoi, nous catégorisons les recommandations sur la pratique soignante de la manière suivante : renforcer les connaissances des soignants, offrir des soins humanisants et favoriser le pouvoir décisionnel des femmes.

7.1 Renforcer les connaissances des soignants

L'une des recommandations issues de la mise en commun des articles retenus serait de renforcer la formation des soignants en les sensibilisant à la prise en soin des femmes en processus d'avortement et aux subtilités lorsqu'elles sont issues de l'immigration.

Il serait intéressant que des infirmières expérimentées enseignent à d'autres professionnels comment gérer les situations des femmes en processus d'avortement. L'article de da Silva Santiago Strefling et al. (2015) mentionne que certains professionnels de santé ne se sentent pas compétents dans leurs interactions avec les patientes, car ils ne se trouvent pas suffisamment préparés pour aborder ces situations de soins. Bien que l'objectif ne soit pas de discriminer la patiente, certains participants de cette même étude disent se sentir effrayés ne sachant pas comment communiquer. Ils évoquent les situations dans lesquelles les femmes sont accompagnées par leur famille, mais ne souhaitent pas leur dire la vérité sur le processus d'avortement, par peur d'être jugées ou discriminées. Les soignants seraient donc préoccupés sur la façon dont communiquer avec ces femmes, par crainte de divulguer à la famille que celles-ci ont recours à un avortement provoqué. Si les professionnels ne sont donc pas correctement formés et conscients de ces situations complexes, il y a beaucoup de chance qu'ils contribuent à l'augmentation des jugements de valeur et des préjugés ce qui entraverait la relation thérapeutique et amoindrirait sa qualité.

7.2 Offrir des soins humanisants

En Suisse, l'humanisation des soins est un concept enseigné au cours de la formation infirmière et préconisé dans la pratique professionnelle. Cependant, son application n'est pas toujours évidente en regard des conditions de travail actuelles dans les milieux de soin. Le manque de temps et d'effectif ainsi que le nombre de patients par soignant favorisent le stress et la surcharge de travail des infirmières.

Ceci les rend moins attentives à la prise en soin et aux besoins spécifiques des patients. Bien que l'humanisation des soins soit inculquée à chaque soignant, il est plus difficile pour certains de la conscientiser et de la mettre en pratique dans chacune des prises en soin. Par l'analyse des articles retenus, nous observons que l'application de ce concept dans l'accompagnement des femmes en processus d'avortement est un élément clé pour optimiser la prise en soin. Comme le suggèrent Conceição das Mercês et al. (2014) et da Silva Santiago Strefling et al. (2015), les prises en soin des femmes nécessitent un accompagnement individualisé, car de nombreux facteurs influencent la situation de soin. Les professionnels de santé devraient traiter chaque situation comme étant unique pour répondre davantage aux besoins spécifiques de la patiente. Pour ces auteurs, l'approche humanisante dans les soins contribue à renforcer le concept d'intégrité et de dignité dans l'accompagnement.

Pour mettre en pratique l'humanisation des soins dans l'accompagnement des femmes en processus d'avortement, plusieurs auteurs proposent diverses recommandations concrètes. Dans l'article de da Silva Santiago Strefling et al. (2015), l'écoute active, le dialogue et le soutien psychologique permettraient d'améliorer la relation thérapeutique, d'augmenter la confiance au sein de celle-ci et de favoriser l'expression des besoins de la patiente.

Une des autres recommandations suggérée par Larsson et al. (2016) ainsi que da Silva Santiago Strefling et al. (2015), serait que les soignants identifient et intègrent les besoins spécifiques de la femme dans son accompagnement. Par exemple, nous pensons qu'il serait intéressant en tant qu'infirmière d'effectuer une anamnèse globale qui permettrait de discuter avec la patiente de ses croyances, de ses valeurs et de s'intéresser aux divers facteurs socioculturels et économiques qui pourraient influencer la prise en soin. Conceição das Mercês et al. (2014) soulignent que certains professionnels pensent qu'il faut interroger les femmes sur les raisons pour lesquelles elles ont recours à l'IVG, alors que d'autres pensent que cette question n'est pas pertinente et pourrait interférer dans la relation thérapeutique. Nous suggérons, au regard de ces résultats, de demander au début de l'anamnèse si la patiente souhaite s'exprimer sur le processus d'avortement ou si au contraire, elle préfère ne pas être questionnée sur le sujet. Une fois les informations recueillies, l'infirmière pourrait les transmettre à l'ensemble des professionnels, afin d'uniformiser la posture des divers intervenants de la prise en soin et de répondre aux souhaits de la femme.

Enfin, le dernier conseil évoqué dans deux des articles est d'être attentif à ce que la culture des soignants n'interfère pas dans la prise en soin. Conceição das Mercês et al. (2014) soulèvent que pour avoir recours à des soins humanisants, les soignants ne doivent pas laisser leur opinion personnelle influencer la qualité des soins offerts aux patientes ayant recours à l'IVG. Da Silva Santiago Strefling et al. (2015) appuient ce propos en notifiant qu'il est important que le soignant adopte une posture professionnelle neutre en adaptant leur discours et leurs représentations des soins aux croyances de la patiente. Nous pensons que les soignants auraient le droit d'avoir des valeurs opposées à celles de la patiente, mais

qu'en aucun cas celles-ci devraient mener à des soins inappropriés et à une attitude stigmatisante en raison des croyances divergentes.

7.3 Favoriser le pouvoir décisionnel

L'*empowerment* dans les soins conceptualise l'idée que les patients devraient être à l'origine des décisions prises en ce qui concerne leur santé. En fournissant une éducation et en humanisant les soins, les professionnels de santé augmenteraient le pouvoir d'agir des patients. Dans le processus d'avortement, cet élément prend tout son sens. Comme le proposent Larsson et al. (2016), l'objectif serait d'accompagner les femmes dans leur processus de décision tout en préservant leur autodétermination. Néanmoins, comme précédemment cité dans ce travail, la communication entre la patiente et les soignants pourrait quelques fois être entravée. Dans cette idée, da Silva Santiago Strefling et al., (2015) énoncent que la diminution de la transmission des informations pourrait influencer l'autodétermination de la patiente. Nous pensons donc que le rôle des soignants est de tout mettre en place pour que les femmes puissent pleinement exercer leur pouvoir décisionnel.

8. Pistes d'approfondissement de la thématique

A l'issue de ce travail, nous avons récolté plusieurs recommandations pour optimiser la prise en soin des femmes immigrées ayant recours à l'IVG. Pour avoir suffisamment d'éléments, nous avons élargi notre champ de recherche et choisi des articles qui ne répondaient pas à la totalité de nos critères d'inclusion. Nous avons été limitées par le manque de recherche s'intéressant au vécu des femmes immigrées ayant recours à l'IVG. Cependant, la diversité des articles sélectionnés nous a permis de nous questionner sur ce qui influence réellement la prise en soin de la femme en processus d'avortement. Notre hypothèse serait qu'il n'existerait pas de réelle différence entre les femmes immigrées et les femmes autochtones. Bien que certains facteurs soient essentiels à considérer lors de la prise en soin d'une femme immigrée, nous pensons que la posture soignante, l'intégration de la culture et l'humanisation des soins seraient des recommandations applicables dans toutes les situations de soins. Nous suggérons donc que la différence de culture entre la patiente et les soignants influencerait davantage la relation thérapeutique. Pour ce faire, l'infirmière devrait conscientiser l'influence qu'ont ses valeurs ainsi que sa culture sur son identité et sa posture professionnelle. De plus, elle devrait être sensible à la diversité culturelle et à l'influence de la culture sur les représentations de soins des patientes.

Dans l'éventualité où nous voudrions approfondir davantage la thématique de l'accompagnement des femmes ayant recours à l'IVG dans un prochain travail, nous souhaiterions investiguer le vécu des soignants et des patientes, afin d'identifier les divergences et convergences d'expérience et optimiser la prise en soin.

9. Conclusion

Cette revue de littérature avait pour objectif de répondre à la question de recherche suivante : « Comment optimiser la prise en soin des femmes immigrées ayant recours à l'IVG ? ». Pour y parvenir, nous avons récolté sept articles issus des bases de données PubMed et CINAHL. Les critères d'inclusion et d'exclusion nous ont permis de sélectionner des études pertinentes afin de répondre à notre problématique. À la suite de l'analyse des articles, nous avons construit notre discussion en répertoriant les divers résultats et en les regroupant par facteurs du modèle de Madeleine Leininger. Puis, au travers des articles nous avons repéré les points de vue des soignants afin de proposer des recommandations pour la pratique sous forme de thématiques et de concepts clés.

Au terme de ce travail, nous constatons qu'il existe chez les femmes immigrées ayant recours à l'IVG une vulnérabilité induite par divers facteurs. Afin de mener à bien l'accompagnement de ces femmes, l'infirmière devrait intégrer l'influence des facteurs dans la prise en soin. Trois éléments majeurs sont à retenir pour offrir une approche transculturelle. En apportant une éducation sexuelle complète et adaptée, en incluant le partenaire dans la prise en soin, en conscientisant les difficultés financières, l'infirmière ciblerait les besoins de la femme immigrée et augmenterait ainsi la qualité des soins offerts. Cependant, par les résultats obtenus, nous observons que la culture des soignants, leur point de vue sur l'IVG et leurs valeurs professionnelles sont des éléments importants à considérer, car ils influencent la relation thérapeutique et la qualité de l'accompagnement.

Cette prise de conscience de l'influence du soignant dans la relation thérapeutique nous a invitées à questionner les enjeux concrets de notre question de recherche. Actuellement, nous nous questionnons si la prise en soin diffère entre les femmes immigrées et autochtones ayant recours à l'IVG. Bien que de nombreux facteurs aient été soulevés, les recommandations que nous proposons peuvent également être transposables à toute situation de soin incluant l'avortement. Nous apprécions le modèle de Madeleine Leininger, car les facteurs proposés permettent de guider notre anamnèse infirmière quelle que soit l'origine de la patiente. En intégrant ce modèle dans sa posture professionnelle, l'infirmière respecte les patientes et individualise leur prise en soin par l'inclusion de leur culture ainsi que de leurs représentations de soin dans l'accompagnement.

En prenant du recul sur notre travail, nous observons que le manque de recherche concernant cette thématique nous a incitées à élargir nos critères d'inclusion diminuant ainsi la précision des résultats. De plus, cette thématique controversée a nécessité des efforts considérables d'écriture afin de ne pas faire transparaître notre opinion pour ne pas influencer le lecteur. Néanmoins, nous sommes ravies de constater que ce travail propose des recommandations concrètes et accessibles pour la pratique infirmière et qu'il permet de prendre conscience de l'influence culturelle dans la prise en soin. En complément de toutes les théories infirmières acquises au cours de notre formation, l'apprentissage du

modèle transculturel de Madeleine Leininger nous a offert des outils et des ressources supplémentaires pour optimiser la prise en soin de nos patients.

Dans l'évolution du rôle professionnel, nous trouvons qu'il serait intéressant et pertinent d'inclure davantage la thématique de la transculturalité et de son influence sur la prise en soin des patients au cours de la formation initiale en soins infirmiers. Par exemple, un modèle de soins transculturels pourrait être enseigné. De cette manière, les soignants seraient outillés pour prodiguer des soins respectueux et conformes aux représentations, aux valeurs et aux croyances des patients. Il appartient également aux infirmières de s'informer sur les pratiques et les recommandations actuelles afin de toujours améliorer la qualité des soins prodigués. En suivant ces recommandations, les infirmières pourraient ainsi fournir des soins transculturels et humanisés aux femmes immigrées ayant recours à l'IVG.

10. Liste de références

- Botfield, J. R., Newman, C. E., Bateson, D., Haire, B., Estoesta, J., Forster, C., & Schulz Moore, J. (2020). Young migrant and refugee people's views on unintended pregnancy and abortion in Sydney. *Health Sociology Review: The Journal of the Health Section of the Australian Sociological Association*, 29(2), 195-210. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1764857>
- Conceição das Mercedes, M., Bahia Rigaud, J., da Silva Barbosa, C., Emyle Ramos Borges, B., Souza Lopes, L., do Vale de Almeida, A. H., & Silva Servo, M. L. (2014). Percepção da enfermagem no cuidar às mulheres em processo de abortamento em hospital de referência no interior da Bahia. *Enfermagem Brasil*, 13(1), 11-17. <https://doi.org/10.33233/eb.v13i1.2916>
- Da Silva Santiago Strefling, I., Lunardi Filho, W. D., Pereira da Costa Kerber, N., Correa Soares, M., & Portella Ribeiro, J. (2015). Percepções Da Enfermagem Sobre Gestão E Cuidado No Abortamento: Estudo Qualitativo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(3), 784-791. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000940014>
- Desai, S., Leong, E., & Jones, R. K. (2019). Characteristics of Immigrants Obtaining Abortions and Comparison with U.S.-Born Individuals. *Journal of Women's Health (2002)*, 28(11), 1505-1512. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7547>
- Etat de Vaud. (s.d.). *Interruption de grossesse*. Consulté 16 février 2023, à l'adresse <https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/pour-les-professionnels/interruption-de-grossesse>
- Fortin, M.-F. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition.). Chenelière Education.
- González-Rábago, Y., Rodriguez-Alvarez, E., Borrell, L. N., & Martín, U. (2017). The role of birthplace and educational attainment on induced abortion inequalities. *BMC Public Health*, 17(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3984-y>
- Gouvernement du Canada, G. royale du C. (2016, 19 septembre). *La violence fondée sur l'honneur* | Gendarmerie royale du Canada. <https://www.rcmp-grc.gc.ca/fr/gazette/violence-fondée-lhonneur>

International Organization for Migration. (2023). *Termes clés de la migration*.
<https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>

Islas, P., & Glatthard, J. (2021, 18 janvier). *La lutte contre la stigmatisation de l'avortement est encore un combat majeur*. SWI swissinfo.ch. <https://www.swissinfo.ch/fr/societe/-la-lutte-contre-la-stigmatisation-de-l-avortement-est-encore-un-combat-majeur-/46287374>

Journal Citation Reports—Home. (2023).
<https://jcr.clarivate.com/jcr/home?app=jcr&referrer=target%3Dhttps:%2F%2Fjcr.clarivate.com%2Fjcr%2Fhome&Init=Yes&authCode=null&SrcApp=IC2LS>

Larsson, E. C., Fried, S., Essén, B., & Klingberg-Allvin, M. (2016). Equitable abortion care – A challenge for health care providers. Experiences from abortion care encounters with immigrant women in Stockholm, Sweden. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 10, 14-18.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.10.003>

McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality : An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540-557. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>

Michel, A. (2023, 31 janvier). *Une pétition demande que l'interruption de grossesse soit biffée du Code pénal*. rts.ch. <https://www.rts.ch/info/suisse/13746173-une-petition-demande-que-l-interruption-de-grossesse-soit-biffee-du-code-penal.html>

Nguyen, D.Q. (2016, 13 septembre). *244 millions d'immigrés dans le monde, quel pays en dénombre le plus ?* SWI swissinfo.ch. <https://www.swissinfo.ch/fr/societe/s%3%A9rie-migration-partie-2-244-millions-d-immigr%C3%A9s-dans-le-monde-quel-pays-en-d%C3%A9nombre-le-plus/42392104>

Office fédéral de la statistique. (s.d.). *Interruptions de grossesse*. Consulté 16 février 2023, à l'adresse <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive/interruptions-grossesses.html>

Organisation Mondiale de la Santé. (2022, 9 mars). *L'OMS publie de nouvelles lignes directrices sur l'avortement pour aider les pays à fournir des soins vitaux*.

<https://www.who.int/fr/news/item/09-03-2022-access-to-safe-abortion-critical-for-health-of-women-and-girls>

Pheterson, G. (2001). Avortement pharmacologique ou chirurgical : Les critères sociaux du « choix » (H. Maury, Trad.). *Cahiers du Genre*, 31(2), 221-247. <https://doi.org/10.3917/cdge.031.0221>

Tirado, V., Ekström, A. M., Orsini, N., Hanson, C., & Strömdahl, S. (2023). Knowledge of the abortion law and key legal issues of sexual and reproductive health and rights among recently arrived migrants in Sweden : A cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 23(1), 551. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15399-z>

Turuban, P. (2022, 29 juin). *Droit à l'avortement : Où en est la Suisse ?* SWI swissinfo.ch. <https://www.swissinfo.ch/fre/societe/droit-%C3%A0-l-avortement--o%C3%B9-en-est-la-suisse-/47712954>

Vingt ans après le régime du délai, l'IVG n'est toujours pas considérée comme un enjeu de santé. (2022, 2 juin). rts.ch. <https://www.rts.ch/info/monde/13143597-vingt-ans-apres-le-regime-du-delai-livg-nest-toujours-pas-consideree-comme-un-enjeu-de-sante.html>

11. Annexes

11.1 Annexe 1 : Grille d'analyse d'article qualitatif personnalisée

Inspirée de la grille de lecture d'une étude qualitative de Fortin, (2016).

<p style="text-align: center;">Référence de l'article</p>	<p>Conceição das Mercês, M., Bahia Rigaud, J., da Silva Barbosa, C., Emyle Ramos Borges, B., Souza Lopes, L., do Vale de Almeida, A. H., & Silva Servo, M. L. (2014). Percepção da enfermagem no cuidar às mulheres em processo de abortamento em hospital de referência no interior da Bahia. <i>Enfermagem Brasil</i>, 13(1), 11-17. https://doi.org/10.33233/eb.v13i1.2916</p>
<p>ELÉMENTS D'ÉVALUATION ET QUESTIONS À SE POSER POUR FAIRE UNE CRITIQUE DES PUBLICATIONS DE RECHERCHE</p>	<p style="text-align: center;">RÉPONSES</p>
<p>Titre Est-ce qu'il précise de façon succincte les concepts clés et la population étudiée ?</p>	<p>Le titre énonce que la population ciblée est l'équipe infirmière de l'hôpital de référence de Bahia. Le concept de l'accompagnement des femmes en processus d'avortement est mentionné dans le titre.</p>
<p>Résumé Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p>	<p>La problématique, la population étudiée, la méthode, les résultats de l'étude et les points clés de la discussion sont mentionnés dans le résumé.</p>
<p style="text-align: center;">INTRODUCTION/PROBLÉMATIQUE</p>	
<p>Problème de recherche Quel est le but de l'étude ? Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ?</p>	<p>Le but de l'étude est d'analyser les perceptions de l'équipe infirmière dans la prise en soin des femmes vivant un processus d'avortement. La population étudiée est constituée de vingt-deux professionnels de l'équipe infirmière du service obstétrique de l'hôpital Inácia dos Santos à Feira de Santana au Brésil.</p>

<p>Recension des écrits</p> <p>L'auteur-e présente-t-il-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème de l'étude ?</p>	<p>Les auteurs énoncent l'étendue du problème lié à la prise en soin des femmes en processus d'avortement. Ils abordent également l'implication du concept d'humanisation des soins et son importance dans l'accompagnement des femmes en processus d'avortement.</p>
<p>Cadre de recherche</p> <p>Les bases philosophiques et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</p> <p>Les concepts sont-ils clairement définis ?</p>	<p>Les auteurs ne choisissent pas de cadre théorique précis. Cependant, ils mentionnent le concept de l'humanisation des soins et le définissent clairement.</p>
<p>Question de recherche</p> <p>Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?</p> <p>Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p>	<p>Les auteurs énoncent que l'analyse de la perception de l'équipe infirmière dans les soins prodigués au cours du processus d'avortement permettra d'identifier la présence du concept d'humanisation dans l'accompagnement des femmes vivant un avortement.</p>
<p>MÉTHODE</p>	
<p>Population, échantillon et milieu</p> <p>La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou pour recruter les participant-e-s est-elle appropriée ?</p>	<p>La population étudiée est constituée de vingt-deux professionnels de l'équipe infirmière du service obstétrique de l'hôpital Inácia dos Santos à Feira de Santana au Brésil. Les infirmiers ont été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion suivants : être en pratique et exercer la profession auprès des femmes en processus d'avortement ainsi que participer volontairement à la recherche.</p>
<p>Devis de recherche</p> <p>Quelle est l'approche utilisée pour l'étude ? L'approche de recherche choisie est-elle conciliable avec les techniques de collecte des données ?</p>	<p>Cette recherche est une étude qualitative exploratoire et descriptive. Le choix de procéder à des entrevues semi-structurées pour récolter des données est pertinent au regard de l'approche utilisée pour l'étude.</p>

<p>Considérations éthiques</p> <p>Les moyens pris pour préserver les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ?</p>	<p>Conformément à la résolution du Conseil National de la Santé, l'article respecte les principes éthiques de manière à garantir la confidentialité des informations concernant les participants. De plus, les auteurs ont assuré maintenir l'anonymat des participants afin de respecter leur intégrité morale, intellectuelle, sociale et culturelle.</p>
<p>Collecte de données</p> <p>Les méthodes ou les techniques de collecte de données sont-elles appropriées et convenablement décrites ? Les données recueillies étaient-elles suffisantes et bien étayées ?</p>	<p>Les auteurs mentionnent uniquement que les données ont été récoltées par le biais d'entrevues semi-structurées.</p> <p>Aucune information n'est donnée par les auteurs concernant la suffisance des données récoltées.</p>
<p>Conduite de la recherche</p> <p>Les méthodes ou les techniques de collecte de données, ainsi que les procédés d'enregistrement sont-ils bien décrits et appropriés ?</p>	<p>Après l'analyse des données comprenant l'écoute et la retranscription, les auteurs ont objectivé les thèmes clés et les discours convergents et divergents. Ensuite, trois catégories ont été élaborées.</p>
<p>Analyse de données</p> <p>Le traitement et l'analyse des données qualitatives sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée ? La stratégie d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ? Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</p>	<p>Pour l'analyse des données, les auteurs ont choisi la technique d'analyse de <i>conteúdo de Bardin</i>.</p> <p>Trois catégories ont été élaborées à la suite de l'analyse des données. Celles-ci sont : le regard des professionnels de l'équipe infirmière sur le processus d'avortement, l'influence des valeurs morales dans la prise en soin des femmes en processus d'avortement et l'humanisation des soins par l'équipe infirmière au cours du processus d'avortement.</p>
<p>RÉSULTATS</p>	

<p>Présentation des résultats</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</p>	<p>L'article est structuré en reprenant les trois thématiques clés retenues à la suite de l'analyse des données. Pour chaque thématique, nous retrouvons les verbatims des participants. Les auteurs ont ensuite exposé les convergences et les divergences d'opinion.</p>
<p>DISCUSSION</p>	
<p>Interprétation des résultats</p> <p>Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre de recherche approprié ? Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p>	<p>La discussion est également structurée au regard des trois catégories élaborées. A la suite de chaque résultat obtenu, les auteurs ont mentionné l'influence et les conséquences des représentations des soignants dans la prise en soin des femmes en processus d'avortement. Le concept de l'humanisation des soins est abordé régulièrement dans la discussion et les auteurs utilisent des études antérieures afin de renforcer leurs propos.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p> <p>L'auteur-e a-t-il-elle précisé les conséquences des résultats ? Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ? Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</p>	<p>Les auteurs énoncent les conséquences du jugement de valeur dans la prise en soin, du regard des professionnels sur l'avortement et le manque d'humanisation des soins. Pour ces catégories, les auteurs proposent des recommandations en s'appuyant également sur d'autres études menées précédemment. Le concept de l'humanisation des soins est décrit comme un élément clé pour augmenter la qualité des soins prodigués au cours du processus d'avortement. De plus, les auteurs proposent des recommandations concrètes figurant dans le concept d'humanisation des soins, comme l'écoute active et le soutien émotionnel.</p>

11.2 Annexe 2 : Grille d'analyse d'article quantitatif personnalisée

Inspirée de la grille de lecture d'une étude quantitative de Fortin, (2016).

<p style="text-align: center;">Référence de l'article</p>	<p>Tirado, V., Ekström, A. M., Orsini, N., Hanson, C., & Strömdahl, S. (2023). Knowledge of the abortion law and key legal issues of sexual and reproductive health and rights among recently arrived migrants in Sweden: A cross-sectional survey. <i>BMC Public Health</i>, 23(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15399-z</p>
<p>ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION ET QUESTIONS À SE POSER POUR FAIRE UNE CRITIQUE DES PUBLICATIONS DE RECHERCHE</p>	<p style="text-align: center;">RÉPONSES</p>
<p>Titre Est-ce qu'il précise clairement les concepts clés et la population étudiée ?</p>	<p>Oui, le titre de l'article inclut la population étudiée, soit les migrants arrivés récemment en Suède. Il mentionne également les concepts clés de l'article, tels que les connaissances en matière de loi sur l'avortement et les principales législations sur la santé sexuelle et reproductive.</p>
<p>Résumé Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche ?</p>	<p>Oui. Le résumé reprend le contexte dans lequel s'insère la recherche, il décrit la méthode de manière concise et précise et énonce les principaux résultats de cette étude.</p>
<p>INTRODUCTION/PROBLÉMATIQUE</p>	
<p>Problème de recherche Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ?</p>	<p>La problématique est énoncée en mentionnant que dans les situations de migration conflictuelles et forcées, la santé sexuelle et reproductive des individus et leurs droits sont affectés par la limitation de l'accès à des contraceptifs, le recours à des pratiques sexuelles et des avortements non sécuritaires ainsi qu'au risque de grossesse non désirée et d'infections sexuellement transmissibles. Oui. La migration, la santé sexuelle et les lois relatives en Suède sont explicitées.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Oui. La recension des écrits permet de comprendre dans quel contexte la recherche est inscrite. Les faits énoncés comme ceux de l'OMS ou comme les lois en vigueur en Suède permettent de</p>

La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ?	comprendre l'intérêt des chercheurs pour cette problématique. Cette recension s'appuie principalement sur des sources primaires.
Cadre de recherche Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ? L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ?	Aucun cadre théorique n'est explicitement décrit. Cependant, la législation en matière de santé sexuelle et reproductive actuelle en Suède ainsi que les lignes directrices de plusieurs recensions semblent guider la recherche.
Question de recherche Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ?	La question de recherche est clairement énoncée sous forme de but de la manière suivante : « notre étude vise à évaluer les connaissances sur le droit à l'avortement sécuritaire et légal et sur d'autres questions juridiques sur la santé sexuelle et reproductive clés auprès de migrants arrivés récemment en Suède. Nous avons aussi pour objectif d'évaluer l'association entre les réponses incorrectes sur les lois d'avortement en Suède et les facteurs sociodémographiques ».
MÉTHODE	
Population, échantillon et milieu La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ?	La population est définie de manière précise. La définition de migrant selon l'OIM est énoncée et les critères d'inclusion sont explicités : les participants devaient être âgés de 15 ans et plus, être nés en dehors de la Suède et avoir migré en Suède. L'échantillonnage volontaire a été utilisé pour sélectionner les participants au sein d'écoles de langues et de hautes écoles de Suède choisies au hasard. Les migrants ont été invités à participer à la recherche.
Devis de recherche Quel est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ? Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?	Une étude quantitative transversale. Oui, ce devis permet d'atteindre le but de l'étude. Le devis et la méthode utilisés permettent d'examiner correctement les questions/le but de l'étude. Grâce à l'utilisation d'un modèle de régression logistique, les auteurs de l'article ont pu identifier des facteurs sociodémographiques qui influenceraient significativement les connaissances incorrectes sur les lois d'avortement en Suède.

<p>Considérations éthiques</p> <p>Les moyens pris pour préserver les droits des participants sont-ils adéquats ?</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ?</p>	<p>Oui. Le protocole de l'étude, incluant le recrutement des participants ainsi que les procédures de consentement ont été approuvées par les autorités suédoises d'examen éthique. Des informations détaillées ont été fournies aux participants, incluant des informations sur où ils peuvent obtenir du soutien pour les services de santé sexuelle et reproductive et sur les lois suédoises en lien avec la santé sexuelle et reproductive. Les consentements éclairés écrits des participants ont été récoltés. Les participants étaient volontaires et ils pouvaient se retirer à tout moment de l'étude sans aucune conséquence pour eux. Leurs réponses ont été traitées de manière confidentielle et anonymisée.</p>
<p>Mesure des variables et collecte de données</p> <p>Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ?</p> <p>Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ?</p> <p>L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p>	<p>Les différentes variables ont été classifiées en variables indépendantes et dépendantes. Chacune de ces variables a été définie de manière précise avec les critères d'inclusion de chacune.</p> <p>Les instruments de mesure sont clairement décrits : le questionnaire a été programmé sur un site sécurisé accessible par des outils numériques comme un ordinateur ou un téléphone. Les auteurs mentionnent également que pour une variable indépendante, ils ont groupé les pays selon leur degré de restriction en matière de lois sur l'avortement dans différentes catégories définies par le Guttmacher Institute Restrictive Abortion Laws.</p>
<p>Conduite de la recherche</p> <p>Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ?</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</p>	<p>Les auteurs expliquent qu'ils ont collecté les données à l'aide d'un questionnaire de 60 questions sur les besoins en santé déclarés, les comportements sexuels à risque et les attitudes à l'égard des normes et valeurs, sur la connaissance du VIH et cinq questions sur les connaissances de lois en matière de santé sexuelle et reproductive. Le questionnaire a été rédigé en suédois et en anglais, puis traduit en arabe, en dari, en somalien, en espagnol et en tigrinya. Une étude pilote a été conduite avec des participants de chacune des langues parlées pour identifier des éventuelles erreurs d'interprétation et de malentendus culturels.</p>
<p>Analyse de données</p>	<p>Les auteurs précisent qu'ils ont utilisé la statistique descriptive pour résumer les caractéristiques des réponses correctes sur le droit à l'avortement sécuritaire et légalisé ainsi que d'autres facteurs</p>

Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ?	associés incluant le consentement sexuel, le consentement sexuel dans le mariage, l'âge légal du consentement sexuel et l'âge minimal pour se marier. Les résultats des variables dépendantes ont été présentés sous forme de fréquences et de pourcentages pondérés. Un modèle de régression logistique a été utilisé pour mettre en lien les univariées et les multivariées et estimer la probabilité de réponses incorrectes sur les lois de l'IVG.
RÉSULTATS	
<p>Présentation des résultats</p> <p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ?</p> <p>Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ?</p>	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de deux tableaux récapitulatifs, d'une figure représentant les réponses correctes en matière de lois selon le sexe, ainsi qu'une seconde figure mentionnant la probabilité et l'intervalle de confiance de réponses incorrectes des migrants sur les lois de l'IVG, selon leur profil de risque individuel.</p> <p>La moitié des résultats de l'association entre les caractéristiques sociodémographiques et les réponses incorrectes sur la législation de l'IVG sont significatifs avec une P-value < 0.05.</p>
DISCUSSION	
<p>Interprétation des résultats</p> <p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ?</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ?</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Les limites de l'étude ont-elles été établies ? Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ?</p>	<p>Les résultats sont structurés selon les lois énoncées lors du cadre de recherche et des lois définies dans le contexte. Les résultats des caractéristiques sociodémographiques sont également présentés et répondent aux questions et aux hypothèses de recherche proposées. Les résultats obtenus lors de cette recherche s'accordent avec d'autres recherches antérieures traitant ce sujet. Les résultats sont mis en lien avec des aspects apportés par les autres recherches. Les conclusions et les éléments présentés dans la discussion concordent avec les résultats obtenus et analysés dans cette recherche. Tout un paragraphe est dédié aux limites auxquelles les auteurs ont été confrontés dans leur recherche. A la fin de la conclusion, les auteurs suggèrent que les prochaines recherches devraient évaluer l'association entre d'autres lois et règlements sur la santé sexuelle et reproductive et les informations fournies dans le cadre d'une éducation sexuelle complète.</p>