



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

**Besoins de compréhension en santé reproductive,
le rôle de l'infirmier auprès des femmes.**

Formateur référent mémoire : ROGER Sandra

SALVAN Clara
Formation infirmière
Promotion 2021-2024

06/05/2024



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'État Infirmier

Travaux de fin d'études :

Besoins de compréhension en santé reproductive, le rôle de l'infirmier auprès des femmes.

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'État Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 06/05/2024

Identité et signature de l'étudiant : SALVAN Clara

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'État constitue un délit.

À ma grand-mère adorée, Jacqueline Dando, infirmière.

Remerciements

Je tenais, tout d'abord, à remercier ma référente MIRSI, madame Sandra Roger, cadre de Santé Formateur IFSI pour m'avoir encadrée et conseillée tout au long de ce travail.

J'aimerais également remercier mon référent pédagogique, Clément Courselaud , infirmier formateur IFSI, de m'avoir accompagnée durant ces trois années de formation.

Mes sincères remerciements au membre du jury ayant accepté de lire mon travail et d'échanger au décours de ma soutenance.

Je souhaiterais exprimer ma gratitude envers les deux infirmières, dont ma tutrice de stage, qui ont accepté de s'entretenir avec moi. Dans un souci d'anonymat, je ne pourrai malheureusement pas les nommer.

Je remercie mes proches de l'IFSI. Merci à Oscar de me soutenir au quotidien. Merci à Alexis, Yann, Lauriane, Anna, Stecy et Jade. Sans vous, ces trois années auraient été moins belles.

Un immense merci à ma famille pour son soutien depuis des années : Maman, Papa, Emma, Julien, Margaux et Grand-Père.

Un ultime merci à tous mes proches, famille et amis, que je n'ai pu citer.

Sommaire

Introduction.....	1
Cheminement vers la question de départ.....	2
1. Les situations d'appel.....	2
1.1. Première situation.....	2
1.2. Seconde situation.....	3
2. Questionnements issus des situations.....	4
3. Démarche de réflexion conduisant à la question de départ.....	5
4. La question de départ.....	6
4.1. La question de départ explicitée.....	6
Cadre conceptuel.....	7
1. Rôle infirmier.....	7
1.1. Rôle prescrit.....	7
1.2. Rôle propre.....	7
1.3. L'éducation.....	7
1.3.1. Education à la santé.....	8
1.3.2. Education thérapeutique du patient.....	8
1.4. La prévention.....	9
1.5. Les soins éducatifs et préventifs.....	9
1.5.1. Une compétence inscrite dans la législation.....	9
1.5.2. Une compétence travaillée lors de la formation initiale.....	10
1.5.3. Les soins éducatifs et préventifs en pratique.....	10
1.6. La promotion de la santé.....	11
2. La femme.....	11
2.1. Anatomie et grandes fonctions.....	12
2.1.1. Organes génitaux internes.....	12
2.1.2. Organes génitaux externes.....	12
2.2. Processus biologiques.....	13
2.2.1. La puberté.....	13
2.2.2. Cycle menstruel et menstruations.....	13
2.2.3. Gestation.....	14
2.2.4. Ménopause.....	14
3. Hospitalisation en soins généraux.....	15
4. Les besoins de compréhension.....	15
4.1. La compréhension.....	15
4.2. Les besoins.....	16
4.3. Le 14e besoin de Virginia Henderson : le besoin d'apprentissage.....	16
5. Santé.....	17
5.1. Des composantes de la santé : les notions de santé sexuelle et reproductive.....	17
5.1.1. Qu'est ce que la santé sexuelle ?.....	17
5.1.2. Qu'en est-il de la santé reproductive ?.....	17
5.1.3. Deux notions indissociables.....	18
5.2. Focus sur les composantes de la santé reproductive.....	18

5.2.1. Parentalité.....	18
5.2.2. Contraception.....	18
5.2.3. L'Interruption Volontaire de Grossesse.....	20
5.2.4. L'infertilité.....	20
Dispositif méthodologique du recueil de données.....	21
1. La forme de l'outil.....	21
2. Les objectifs du guide d'entretien.....	21
3. La population interrogée.....	21
4. Organisation de la réalisation des entretiens.....	22
5. Bilan du dispositif.....	22
L'analyse descriptive des entretiens.....	24
1. Définition du rôle propre de l'infirmier par les soignants.....	24
1.1. L'accompagnement.....	24
1.2. L'information et la reformulation.....	24
1.3. L'éducation, parfois informelle.....	24
1.4. La prévention.....	24
1.5. Le rôle propre de l'IDE varie.....	25
2. La santé reproductive vue par les infirmières.....	25
3. Les besoins de compréhension des femmes dans le domaine de la santé reproductive.....	26
3.1. La population concernée est diversifiée.....	26
3.2. Des besoins de compréhension dans des domaines prépondérants.....	26
3.3. Des besoins complémentaires aux besoins de compréhension.....	27
4. La réponses des IDE aux besoins de compréhension des femmes dans le domaine de la santé reproductive.....	28
4.1. L'identification du besoin.....	28
4.2. Les pré-requis nécessaires à la mise en oeuvre de ces actions.....	28
4.3. Les ressources.....	29
4.4. Les obstacles.....	29
4.5. Les actions.....	30
4.6. Les conséquences visibles suite à la réponse aux besoins de la patiente.....	31
4.7. Le ressenti des professionnelles lors de la mise en oeuvre de ces actions.....	31
La discussion.....	32
1. La santé reproductive et les besoins des femmes.....	32
2. Les besoins de compréhension poussent-ils les femmes à agir ?.....	33
3. Besoin de compréhension et besoin d'apprentissage, un lien illusoire.....	33
4. L'éducation, une réponse possible aux besoins de compréhension.....	33
5. D'autres réponses possibles.....	34
5.1. Des actions relevant du rôle propre, entre théorie et pratique.....	34
5.2. Commencer par identifier le besoin, poser un diagnostic infirmier.....	35
5.3. Composer des activités grâce à l'adaptabilité de l'IDE.....	35
5.4. Des exemples d'activités.....	36
5.5. Les indispensables : des connaissances et des qualités soignantes.....	37
6. L'impact des actions infirmières.....	39
Conclusion.....	40

Bibliographie.....	42
Les annexes.....	
Annexe I - Profil en coupe de l'appareil reproducteur féminin et des structures associées.....	
Annexe II - Schéma des organes génitaux féminins.....	
Annexe III - Guide d'entretien.....	
Annexe IV - Entretien n°1.....	
Annexe V - Entretien n°2.....	
Annexe VI - Tableaux d'analyse des entretiens.....	
Abstract.....	

Siglier

IDE : Infirmier·ère Diplômé d'Etat

PMA : Procréation Médicalement Assistée

« Ma revendication en tant que femme c'est que ma différence soit prise en compte, que je ne sois pas contrainte de m'adapter au modèle masculin. » Simone Veil

Introduction

Dans le cadre de notre dernière année de formation, nous devons écrire un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Ce MIRSI est l'aboutissement de trois années d'études mais également le début d'une profession et de nouvelles expériences. J'ai, pour ce faire, choisi de traiter un sujet qui m'intéressait profondément.

Avant même de choisir d'intégrer un institut de formation en soins infirmiers, j'étais passionnée par le domaine de la santé de la femme dans tous ses aspects. Notamment, la génétique, la reproduction et la maternité. J'ai également toujours été sensibilisée au fait que, dans beaucoup de pays, l'éducation est restreinte pour les jeunes filles. Or l'égalité des sexes et l'accès au savoir sont pour moi essentiels.

Ainsi, dès le début de ma formation, je me suis projetée en tant que future infirmière, prônant ces valeurs.

De plus, lors de mes stages en service de psychiatrie et aux urgences, j'ai, malheureusement, assisté à des situations où des patientes rencontraient des problèmes complexes en lien avec la **santé reproductive**. Ces difficultés étaient liées à des **incompréhensions**. Les infirmiers devaient alors réagir. J'ai donc choisi d'axer mon mémoire sur ce sujet.

Assister à ces événements d'incompréhension dans le domaine de la santé reproductive a suscité en moi de nombreux questionnements qui seront développés au sein de la première partie de ce travail, le cheminement vers la question de départ. Puis, pour mieux comprendre cette problématique, nous étudierons les différentes notions qu'elle soulève au sein du cadre théorique. A la suite de ce cadre et grâce à un guide d'entretien, nous aborderons les réponses de professionnelles dans l'analyse descriptive des entretiens. Enfin, la dernière partie est la discussion et permet l'opposition des données théoriques aux données du terrain, ainsi que l'apport de mon avis et une projection en tant que future infirmière. En clôture de ce travail, nous élaborerons une question de recherche, riche des nouveaux apports issus de ce travail, dans le but d'approfondir la réflexion sur ce sujet.

Cheminement vers la question de départ

1. Les situations d'appel

1.1. Première situation

Au cours de ma seconde année de formation, j'ai effectué un premier stage de 7 semaines au sein d'un service d'urgences. J'ai pu réaliser des soins dans différents secteurs, à savoir les chambres, le déchocage, les boxs et l'IAO (Infirmière d'accueil et d'orientation).

A la fin de mon stage, nous accueillons à « l'IAO » une patiente de 22 ans d'origine malienne. Elle nous explique vivre dans un foyer et parle très peu français. L'échange est limité durant l'interrogatoire. Madame G consulte, ce jour, pour des douleurs abdominales et des métrorragies alors qu'elle est enceinte. La patiente essaie également d'expliquer que cela l'inquiète. Elle a « peur pour son bébé ». L'infirmière réalise l'interrogatoire habituel. Les questions « Comment savez-vous que vous êtes enceinte ? Avez-vous eu un retard de règles ? » sont alors posées. La patiente ne semble pas comprendre. Elle répète notre question en s'attardant sur le mot « règles ». Elle ne voit pas le lien entre la grossesse et les règles. L'infirmière demande de nouveau comment la patiente sait qu'elle est enceinte et de quand datent ses dernières menstruations. Madame G ne se rappelle pas de la date précise mais nous arrivons à comprendre que son cycle actuel a commencé il y a, environ, 1 mois. Puis elle raconte l'achat et la réalisation de son test urinaire qui s'est révélé positif.

Je prends les constantes de la patiente, comme lors de chaque consultation à « l'IAO ». L'infirmière que j'accompagne me demande de réaliser un test Beta-HCG capillaire. J'explique donc à la patiente que je vais devoir prélever une goutte de sang au niveau de l'extrémité d'un de ses doigts afin de pouvoir réaliser le test ; test qui nous permet de voir si elle est enceinte. Je pique son doigt sans être vraiment certaine que la patiente ait compris ce que je lui ai expliqué. J'attends le temps nécessaire et je lis le résultat du test qui est négatif. La patiente n'est pas enceinte. L'infirmière lit à son tour le résultat et prend le temps de l'annoncer à la patiente. Elle lui explique que notre test sanguin ne montre pas de signes de grossesse. « Il n'y avait probablement pas de fœtus implanté, ces saignements sont sûrement vos règles, vos menstruations. Vous savez ces saignements arrivent, en général, une fois par mois. Les faux tests positifs peuvent arriver. ». La patiente semble désemparée. Elle nous regarde avec un air interrogateur, elle ne parle pas immédiatement. Puis elle nous demande si nous sommes sûres de nous. La patiente pensait réellement être enceinte. L'infirmière d'accueil ne sachant pas exactement où diriger la patiente est allée interroger le médecin. Il y avait 2 parcours possibles. Le premier consistait à laisser la patiente rentrer chez elle car le test capillaire était suffisant et le second nécessitait l'installation de la patiente en box ou en salle d'attente pour effectuer un prélèvement sanguin et s'assurer du résultat du test. Du fait du manque de compréhension de la patiente et de sa croyance en sa grossesse, le médecin statue de continuer la prise en charge afin qu'elle ne doute plus du résultat.

1.2. Seconde situation

J'ai réalisé mon premier stage de semestre 4 au sein d'une unité de réhabilitation psychiatrique. Le service fait partie d'une filière intersectorielle des hospitalisations prolongées (FIHP). Cette filière est indépendante de la sectorisation psychiatrique. Son objectif est de mener des activités médiatiques permettant de donner des clés aux patients pour mener à bien leur projet.

Pour intégrer cette filière, les patients doivent répondre à certains critères ; à savoir un nombre minimal de jours d'hospitalisation consécutifs et avoir un projet pour la sortie de l'hospitalisation notamment.

A la fin de la première semaine, les soignants m'ont attribué 4 patients à prendre en soin dont une, âgée de 19 ans, qui a été hospitalisée une dizaine d'années en pédopsychiatrie, en accueil de jour dans un premier temps puis en hospitalisation à temps complet. Elle est diagnostiquée de troubles envahissants du développement et d'une schizophrénie à début précoce. Cette patiente a subi un viol à l'âge de 9 ans commis par son jeune voisin.

Elle est, aujourd'hui, hospitalisée en psychiatrie adulte et présente des troubles du comportement, une intolérance à la frustration se traduisant par de la négociation, une posture d'affrontement, de l'auto et hétéro-agressivité et des crises élastiques. De plus, son rapport aux hommes est généralement inadapté. Lorsque les soignants me présentent cette patiente, ils m'expliquent, qu'aujourd'hui, elle est en couple avec un patient du service mais qu'avant cela, elle adoptait des comportements sexuels à risque, inadaptés. Au début de leur relation, l'équipe s'est demandée si le patient était réellement consentant car il n'allait pas vers elle et se questionnait également quant à son orientation sexuelle.

Lors de ma première semaine de stage, au cours de transmissions inter-équipe, nous apprenons que la patiente s'est rendue à une consultation CALAS (Consultation d'Accompagnement à LA Santé) où elle a appris à mettre un préservatif masculin et a abordé la notion de consentement. Il nous est transmis qu'elle a été très réceptive aux apports théoriques, qu'elle se les est appropriés. Une semaine après le rendez-vous, la patiente, paniquée, nous parle de douleurs abdominales.

Elle est vue par une infirmière et lui confie qu'elle s'est introduit un préservatif dans le vagin à l'aide de sa brosse à dent mais qu'elle ne l'a pas récupéré. L'infirmière s'est retrouvée démunie du fait de la singularité de la situation, du manque de matériel et du besoin d'aptitudes spécifiques. Elle a, malgré tout, cherché à aider la patiente en l'accompagnant en chambre et en essayant de regarder si le préservatif était facilement atteignable. L'infirmière n'y est pas parvenue. Il s'en est suivi une consultation gynécologique en urgence pour extraire le préservatif.

Les jours suivants l'incident, la patiente avait tendance à dire qu'avec son "amoureux", ils allaient avoir un enfant.

2. Questionnements issus des situations

Au sein de la première situation, l'élément qui a le plus attiré mon attention est la difficulté de communication entre la patiente et nous. En effet, nous ne parlions pas la même langue, ce qui a rendu l'interrogatoire difficile. Cet obstacle a, sans aucun doute, réduit le nombre d'informations que nous avons pu recueillir auprès de la patiente. Nous avons donc, potentiellement, oublié ou mal compris des éléments cruciaux. Je me suis donc demandée comment bien prendre en soin une personne qui ne parle pas notre langue ? Quels sont les outils à mettre en place pour fluidifier le dialogue ? La patiente s'est-elle sentie comprise ? Etions-nous assez à l'écoute ou nous sommes-nous focalisées sur notre difficulté à communiquer ? Par ailleurs, ce qui m'a le plus interpellée et intéressée concerne ses **connaissances** quant au **cycle féminin**. Nous ne connaissons pas son histoire de vie mais a-t-elle été déjà **informée de ce qu'étaient les menstruations** ? Comment ce cycle permet d'avoir un enfant ? Aurions-nous dû mieux lui expliquer en quoi cela consistait ? Dispose-t-on d'outils adaptés pour décrire les différentes étapes du cycle menstruel et les signes cliniques observables ? Je me suis demandée si le fait d'avoir plus de **connaissances** sur le fonctionnement de son corps lui aurait permis d'**éviter cette situation**, aussi douloureuse soit-elle.

De plus, la patiente semblait tenir à cette grossesse ; notre annonce était-elle adaptée et empathique ? Comment la patiente a-t-elle vécu cela ? Enfin, comment ne pas banaliser les problèmes de certains patients lorsque l'on y est confronté en permanence aux urgences, à différents degrés ?

La seconde situation m'a permise de m'interroger sur différentes notions. Premièrement, l'équipe infirmière et moi-même nous sommes demandés si cet acte relevait du plaisir ou bien de l'automutilation. Ainsi, en se rappelant l'agression qu'a subie la patiente, il est pertinent de s'interroger sur un potentiel lien de causalité. Le viol subi dans l'enfance serait-il à l'origine de ses comportements sexuels à risque et de cette éventuelle auto-mise en danger ?

Du fait du mésusage du préservatif, nous pouvons également nous demander si la patiente a réellement **compris l'intérêt du préservatif** et son **bon usage** ?

De plus, le questionnement quant au consentement du patient concernant cette relation a soulevé différentes interrogations. Comment estimer que le consentement d'un patient hospitalisé en psychiatrie (parfois sous contrainte) est fiable, libre et éclairé ? Quel est notre rôle ? Pourrions-nous les empêcher d'être ensemble pour protéger le patient ? En effet, il ne faudrait pas qu'il subisse une sexualité qui ne lui convient pas.

Enfin, suite à l'expression du désir de maternité de la patiente, dans quelles mesures peut-on respecter le choix de contraception ou de désir de grossesse d'une patiente hospitalisée en psychiatrie sous contrainte ? Et dans quelles mesures peut-on affirmer que ce **désir est éclairé** étant donné que la patiente, malade, n'a pas pu bénéficier d'une **éducation** scolaire et a subi un traumatisme perturbant aujourd'hui son rapport à la sexualité ? De plus, sa vision de la parentalité pourrait-elle être erronée du

fait du rapport entretenu avec ses parents dans l'enfance lié à la pathologie et aux crises clastiques ? Pour terminer, en faisant le lien entre l'incident et l'expression d'un désir de maternité, nous pouvons nous demander si la patiente parvient à faire le **lien entre la contraception** et la réalisation d'un **projet de grossesse**. Comprend-elle que le préservatif est un moyen de contraception utilisé notamment lorsque les individus n'ont pas de **projet parental**. Quels sont les **apports** importants à lui transmettre afin qu'elle puisse **décider de son projet** de maternité ?

3. Démarche de réflexion conduisant à la question de départ

La situation qui se déroule aux urgences soulève différents champs infirmiers; le relationnel, les cultures, les difficultés de communication, l'empathie ou encore les annonces faites aux patients. La seconde situation me permettait, par ailleurs, d'axer ma réflexion sur la vie affective et/ou sexuelle en psychiatrie, mais également sur les conséquences d'un viol et la prise en soin infirmière.

Or dès la première guidance et le début de ma réflexion, l'idée de travailler sur un thème général autour de la santé féminine m'intéressait davantage. Ainsi, ces premiers axes de recherches me semblaient trop étriqués, trop axés soit sur la psychiatrie, soit sur les conséquences d'agressions à caractère sexuel. Ces deux situations m'ont fait me questionner sur la bonne **compréhension** des patientes. Finalement, nous trouvons le point commun entre ces deux situations au travers des notions de contraception, de grossesse et de connaissances du cycle menstruel. Cela me permet donc de questionner la prise en charge infirmière dans ses aspects **d'éducation, d'accompagnement** et de **prévention**. Nous pouvons nous demander en quoi les infirmiers ont un **rôle** à jouer dans le domaine de la **santé reproductive**.

J'ai tenté d'axer ma question de départ en ce sens. J'ai alors travaillé sur différentes questions comme, par exemple :

- « *Quel est le rôle de l'éducation infirmière dans le domaine de la santé sexuelle ?* »

Après réflexion, cette question s'est montrée trop vague, du fait du manque de contexte. En effet, si je ne précise pas dans quel cadre contextuel se pose ma question, il sera compliqué d'opposer les réponses des soignants venant de services différents et difficilement comparables aux apports du cadre conceptuel.

Du fait de ma première situation d'appel, il était possible, réalisable et intéressant pour moi d'inclure ma question aux soins généraux.

Ainsi, j'ai cherché à reformuler cette question. Ce cheminement m'a permis de rédiger ma question de départ définitive.

4. La question de départ

Quel est le rôle de l'infirmier·ère auprès de femmes hospitalisées en soins généraux présentant un besoin de compréhension dans le domaine de la santé reproductive ?

4.1. La question de départ explicitée

Au travers de cette question, je cherche à étudier les interventions infirmières auprès des femmes. J'aimerais donc investiguer les différentes natures possibles de ces interventions. Enfin, cette recherche porte, précisément, sur le domaine de la santé reproductive, ainsi j'aimerais développer les informations importantes concernant le cycle menstruel, les contraceptifs en général, la gestation ou encore l'IVG.

Cadre conceptuel

1. Rôle infirmier

La profession infirmière est encadrée par des textes législatifs qui permettent, entre autres, de comprendre en quoi consiste le rôle de l'infirmier-ère. Selon l'article R4311-1 du Code de la santé publique du 8 août 2004, « l'exercice de la profession d'infirmier ... comporte **l'analyse**, **l'organisation**, la **réalisation** de soins infirmiers et leur évaluation, ... la participation à des actions de **prévention**, de dépistage, de **formation** et **d'éducation** à la **santé** ».

Ce rôle est divisé en deux catégories : le rôle « propre » et le rôle « prescrit » (Paillard, 2018, p. 368).

1.1. Rôle prescrit

Tout d'abord, le rôle prescrit s'oppose au rôle propre au travers de la notion **d'autonomie**. Selon Paillard (2018, p. 369), il fait suite à **l'impossibilité de réalisation** de certains actes, par l'IDE, sans **prescription médicale**. Ce rôle, aussi appelé « médico-délégué » (Paillard, 2018, p. 368), désigne « **la mise en œuvre de la prescription médicale** : traitement, examens et toute autre mission de soins demandée par le médecin » (Paillard, 2018, p. 369). Pour que cette prescription soit recevable, elle doit être « **écrite, datée et signée** par le médecin prescripteur » (Art. R4312-29 du Code de la Santé Publique du 8 août 2004).

1.2. Rôle propre

A contrario, le **rôle propre** désigne « les **actions** infirmières mises en place en toute **autonomie**, notamment à partir de **diagnostics infirmiers**, au regard de la législation ... [française], des connaissances acquises. » (Paillard, 2018, p. 368). La définition des soins infirmiers établie par le Conseil International des Infirmières (CII, s.d.) est citée par Paillard (2018, p. 368) et nous montre que le rôle propre de l'infirmier-ère désigne **l'intégralité des soins mis en place**, suite à son expertise, auprès des individus (et non pas auprès d'un individu unique). En effet, son champ d'action ne s'étend pas seulement à la personne **malade** mais bien à l'ensemble des individus, qu'ils soient « malades ou bien portants » (CII, s.d. cité par Paillard, 2018, p. 368). De plus, l'infirmier-ère ne s'adresse pas toujours à une personne unique. Il peut intervenir auprès « [d']individus de tous âges, aux familles, aux **groupes** et aux communautés » (CII, s.d. cité par Paillard, 2018, p. 368).

D'après l'auteure (Paillard, 2018), « la **promotion** de la santé, la **prévention** ... [ainsi que] **l'éducation** » (p. 368) sont des composantes du rôle propre infirmier .

1.3. L'éducation

Détaillons les différentes sphères du « rôle propre » (p.368) défini par Paillard (2018). Tout d'abord, l'éducation est « [l']action d'éduquer, de former, **d'instruire quelqu'un** ; manière de

dispenser cette formation. » (Larousse, s.d.). D'après l'auteure du dictionnaire des concepts en sciences infirmières (Paillard, 2018), l'éducation correspond au processus de formation et de développement d'un élève. L'éducation **éveille** et permet l'élévation. Cette notion est alors schématisée par le fait de **monter à un niveau supérieur**.

1.3.1. Education à la santé

Selon l'ingénieure documentaire (Paillard, 2018), l'éducation à la santé a une finalité précise : « **l'amélioration globale de la santé** Elle rassemble des approches qui ont pour but d'**aider**, de **motiver** et d'**informer** la population à **maintenir** et à **améliorer sa santé**. » (p.163).

D'après la circulaire n° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé :

[L]'éducation pour la santé [est] un enjeu de **santé publique**. [Elle] s'inscrit dans une politique de **promotion de la santé** telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé en 1986, dans la charte d'Ottawa. Elle est une **condition de réussite des autres mesures de santé publique** Elle a pour but que **chaque citoyen acquière** tout au long de sa vie **les compétences** et **les moyens** qui lui permettront de **promouvoir sa santé** et **sa qualité de vie** [Cette circulaire précise également que la tâche n'est pas aisée car les] actions de **communication** et **d'information**, ... ne constituent pas à elles seules un programme éducatif. L'éducation pour la santé ... se fonde sur des **relations humaines** ... un travail **d'accompagnement**, de **cheminement** avec les personnes concernées.

Nous comprenons, au travers des définitions données par Paillard (2018), que le soignant met en place une **démarche éducative lorsqu'il distingue une difficulté venant d'un manque d'informations ou de connaissances de la part du patient ou de sa famille**.

1.3.2. Education thérapeutique du patient

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2013), l'éducation thérapeutique du patient est un **processus continu** permettant au patient d'acquérir des compétences d'**autosoins** et d'**adaptation**. La définition du rapport OMS-Europe (1996) est citée au sein de l'article de la HAS (2013) :

[L'éducation thérapeutique du patient] vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie **chronique** Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial ... Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à **comprendre leur maladie et leur traitement**, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à **maintenir** et **améliorer leur qualité de vie**.

De ce fait, l'éducation thérapeutique ne constitue pas une notion nécessaire à la réflexion quant au rôle de l'infirmier-ère auprès de femmes présentant un besoin de compréhension dans le domaine de la santé reproductive. En effet, ces femmes ne souffrent pas nécessairement d'une pathologie chronique.

1.4. La prévention

La prévention constitue la seconde sphère du rôle propre que nous étudierons. Elle est définie comme « l'ensemble de **mesures préventives** contre certains **risques** » (Le Robert, s.d.).

Dans le domaine de la santé, la prévention est « l'ensemble des **mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies**, des accidents et des handicaps » (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 1948 cité par la HAS, s.d. , p. 4).

La HAS (s.d.) explique par la suite que trois types de prévention existent :

La prévention **primaire**, ensemble des actes visant à **diminuer l'incidence** d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition ...

La prévention **secondaire**, qui cherche à **diminuer la prévalence** d'une maladie dans une population et qui recouvre les actions en tout début d'apparition visant à faire disparaître les facteurs de risques ;

La prévention **tertiaire** où il importe de **diminuer la prévalence des incapacités chroniques** ... et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie (p. 4).

Le terme incidence signifie « nombre de nouveaux cas » tandis que la prévalence désigne le « nombre total de nouveaux cas » (Centre national de coordination des addictions, 2021).

Ainsi, les notions d'éducation et de prévention constituent le concept de soins éducatifs et préventifs.

1.5. Les soins éducatifs et préventifs

Comme vu précédemment, au sein de l'article R4311-1 du Code la Santé Publique du 8 août 2004, les rôles éducatifs et préventifs relèvent du rôle propre infirmier et font partie intégrante de ce métier. Ces actions infirmières ne représentent pas seulement un aspect secondaire du métier. La compétence « “Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs” est ... dite “cœur de métier” » (Weber, 2009, p. 11).

1.5.1. Une compétence inscrite dans la législation

Tout d'abord, l'article R4311-2 du Code de la Santé Publique du 8 août 2004 stipule que :

[L]es soins infirmiers, **préventifs**, ... intègrent **qualité technique** et **qualité des relations** avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son **éducation à la santé** et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle ...

De plus, les actions infirmières, évoquées au sein de la partie « 1. Rôle infirmier », apparaissent dans l'article R4311-15 du Code de la santé publique du 8 août 2004 qui précise que :

Selon le secteur d'activité où il exerce, ... l'infirmier ... propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : ... **Formation, éducation, prévention et dépistage**,

notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ; ... **Dépistage des maladies sexuellement transmissibles**, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ; **Éducation à la sexualité** ; ...

Ces compétences sont donc à mettre en œuvre lors de l'exercice du métier. Pour ce faire, elles sont intégrées au programme dispensé lors de la formation infirmière.

1.5.2. Une compétence travaillée lors de la formation initiale

Depuis le référentiel de 2009, la formation initiale infirmière est organisée en 10 compétences. Les soins éducatifs et préventifs en sont une à part entière : la compétence 5 qui s'intitule « **Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs** » (Weber, 2009, p. 11). Weber (2009) explique en quoi consiste cette compétence. Nous comprenons, au travers de sa définition, qu'elle regroupe 6 notions principales : **l'accueil**, **l'observation** (des attitudes, des comportements, des habitudes de vie), **l'écoute** (entretien d'aide, médiations), la **transmission** d'informations, le **conseil** (prévention, conseil en matière d'hygiène, de diététique), **l'éducation**. L'auteure (Weber, 2009) affirme que les étudiants acquièrent des connaissances grâce aux enseignements de la compétence 5. Les futurs infirmiers apprennent à déceler des problématiques de santé publique et à mettre en œuvre les actions éducatives nécessaires à la tentative de résolution de ces problèmes. A la fin de leur cursus, ils sont dans la capacité de conduire une séquence d'éducation thérapeutique en interdisciplinarité. Enfin, « la démarche éducative suppose d'avoir acquis des connaissances tant sur les contenus de ce que l'on veut enseigner que sur la façon de le faire passer, ce qu'on appelle les processus » (Paillard, 2018, p. 168).

1.5.3. Les soins éducatifs et préventifs en pratique

Nous percevons l'importance de ces actions du fait de leur encadrement législatif et de leur apprentissage en formation initiale ; mais concrètement qu'est-ce que ces actions signifient ? D'après Weber (2009) :

Les soins préventifs peuvent relever de la **prévention primaire** (prévenir la maladie), **secondaire** (éviter les complications), mais aussi **tertiaire** (éviter les hospitalisations répétées voire les morts prématurées). Ils visent donc la **compréhension**, **l'acceptation** puis la **transformation** des habitudes de vie de la personne soignée. Une réflexion à partir des concepts **d'éducation**, de formation, **d'autonomie** et de **liberté** de la personne éclairera le sens des actions éducatives dans leur nécessité comme dans leurs limites. **L'action éducative n'a d'intérêt que si elle répond aux attentes du patient.** » (p. 11).

D'après Buttet (2003), **l'éducation** du patient vise à **l'autonomiser** et à **le responsabiliser**. De plus, il précise qu'il ne faut pas confondre informer et éduquer. Les soignants informent fréquemment les patients. Or cela ne signifie pas que les données transmises sont mémorisées et comprises. Pour mener le projet éducatif, il faut tout d'abord établir le **diagnostic éducatif** en questionnant les besoins et les

ressources avant de formuler les **objectifs** du patient. Afin de favoriser l'apprentissage, les méthodes à privilégier sont les méthodes **interrogatives** et **participatives** plus que démonstratives.

1.6. La promotion de la santé

Enfin, la promotion est l'ultime sphère du rôle propre que nous développerons. Elle est définie comme ayant pour objectif de « donner aux individus davantage de **maîtrise de leur propre santé** et davantage de **moyens de l'améliorer** » (Charte d'Ottawa, 1986 citée par la HAS, s.d. , p. 4). Autrement dit, elle « est le processus qui apporte aux individus ... la capacité d'accroître **leur contrôle sur les déterminants de la santé** et donc d'améliorer leur santé. » (Environnements favorables à la santé, s.d.). L'article, publié sur le site internet Environnements favorables à santé, nous permet de comprendre que les déterminants peuvent être d'ordres **biologiques** (âge, sexe, génétique), relevant des **compétences personnelles** et **sociales** (connaissances, compétences et attitudes), des **habitudes de vie** et des **comportements** (activités physiques, consommation d'alcool) ou des caractéristiques **socioéconomiques** (formation, emploi, revenu). La promotion est couramment associée à la prévention or « dans la pratique, l'utilisation des deux termes va varier **selon le facteur** de santé concerné. Le terme de **prévention** est associé aux **facteurs de risque** : prévention du tabagisme, ... par exemple. Le terme de **promotion** est associé aux **facteurs de protection** contre les maladies : **promotion de l'activité physique et promotion d'une alimentation équilibrée** » (Environnements favorables à la santé, s.d.).

2. La femme

Il me paraît nécessaire de définir cette notion car ce mémoire n'aborde pas l'ensemble des genres mais précisément le genre féminin. Les femmes, ou « être[s] humain[s] du sexe féminin » (Larousse, s.d.) représentaient plus de 35 millions de personnes en France, au 1^{er} janvier 2023 contre un peu moins de 33 millions d'hommes (Insee, 2023). Balthazart et Toussaint (2019) expliquent que les femmes se distinguent des hommes au travers de :

Différences [qui] ont des origines socioculturelles, environnementales et biologiques [Ces différences] concernent les **structures sexuelles** et certains **aspects des comportements** liés à la **reproduction** mais aussi de nombreux traits **morphologiques** (taille, pilosité faciale), **physiologiques** (... fonctionnement de l'oreille interne) et **comportementaux** ... ainsi que la **structure** et le **fonctionnement du cerveau** [Les] différences biologiques fondamentales résultent soit de la **présence d'hormones différentes** ... soit de la présence de **gènes différents dans les chromosomes sexuels** ...

Nous observons ces différences morphologiques au travers de l'anatomie des organes génitaux féminins.

2.1. Anatomie et grandes fonctions

Les organes génitaux sont divisés en 2 catégories : les « **organes internes** » et « **externes** » (Schwegler & Lucius, 2013, p. 373). Comme représentés sur l'annexe I, les organes génitaux internes sont les « **ovaires** », les « **trompes** », l'« **utérus** » et le « **vagin** » (Schwegler & Lucius, 2013, p. 373). De plus, Schwegler et Lucius (2013) expliquent que les **grandes et petites lèvres**, le **clitoris**, le **vestibule du vagin** et les **glandes vestibulaires** sont regroupés sous le nom de vulve. Ils sont les 4 organes génitaux externes de la femme. Ils précisent, enfin, que les **seins** peuvent aussi être considérés comme des organes génitaux externes même s'ils restent des annexes de la peau.

2.1.1. Organes génitaux internes

Schwegler et Lucius (2013) écrivent que les ovaires ou **glandes génitales** ont **deux fonctions**. Ils sont le lieu de la production puis de la maturation des **ovules** mais ils produisent également les **hormones sexuelles féminines**. La trompe utérine ne recueille l'ovule qu'une fois la maturation atteinte, c'est-à-dire lorsqu'il est fécondable ; puis elle permet son **transport jusqu'à l'utérus**. « L'utérus est un organe **musculaire** avec une **cavité** qui permet ... l'implantation de l'ovule fécondé, ainsi que la **croissance** et la **maturation du fœtus**. » (Schwegler & Lucius, 2013, p. 375). Les auteurs (Schwegler & Lucius, 2013) distinguent ses parois en 3 couches : l'endomètre, myomètre, le périmètre. Il est important de noter que l'endomètre est « la couche **muqueuse** interne de l'utérus. [C'est elle qui] est largement **éliminée** lors de chaque **menstruation** et ensuite régénérée. Lors d'une grossesse, c'est à ce niveau que s'implante l'œuf fécondé » (Schwegler & Lucius, 2013, p. 377). De plus, le myomètre est la « couche **musculaire** » à l'origine de contractions permettant l'accouchement (Schwegler & Lucius, 2013, p. 377). Enfin, le vagin est un « organe **musculaire** dont les fonctions sont le **recueil de spermatozoïdes** [et] le **passage du fœtus** lors de l'accouchement. » (*Soins infirmiers en gynécologie, obstétrique et maternité*, 2007, p. 4).

2.1.2. Organes génitaux externes

« Les grandes et les petites lèvres ainsi que le clitoris (vulve) entourent le vestibule du vagin [et sont représentés sur l'annexe II]... Le milieu acide du vagin protège les organes génitaux internes des infections ascendantes. » (Schwegler & Lucius, 2013, p. 379). Le périnée est un « muscle qui entoure et soutient les organes génitaux de la femme, de la vulve à l'anus. Il permet d'éviter la descente des organes du petit bassin (vessie, utérus, rectum et intestins), de retenir les urines et de contrôler les mictions urinaires et les fuites fécales. » (*Soins infirmiers en gynécologie, obstétrique et maternité*, 2007, p. 5). Enfin, à la face antérieure du thorax, se trouvent les seins. La lactation est une de leurs fonctions principales (*Soins infirmiers en gynécologie, obstétrique et maternité*, 2007, p. 6). « Ils contiennent les **glandes mammaires** qui sont en relation fonctionnelle étroite avec les organes génitaux. » (Schwegler & Lucius, 2013, p. 379). Les « seins » constituent un des aspects de la « transformation du corps à la puberté » (Assurance maladie, 2023), développée ci-dessous.

2.2. Processus biologiques

2.2.1. La puberté

La puberté est définie, par l'Assurance maladie, comme étant :

Un moment de l'adolescence durant lequel **le corps [notamment les organes sexuels] se modifie[nt] pour permettre la reproduction**. Ces changements durent plusieurs années et influent sur l'ensemble de la personnalité Chez les filles, la puberté commence ... entre **huit et quatorze ans** ... (2023).

Selon les écrits de l'Assurance maladie (2023) et de manière simplifiée, la puberté commence lorsque les organes sexuels (ovaires chez les femmes) se mettent à sécréter les hormones sexuelles (oestrogènes) sous l'action de glandes.

L'assurance maladie (2023) précise également que :

Ce processus de transition entre l'enfance et l'âge adulte s'accompagne ... d'une **évolution** : de l'**ensemble du corps** avec apparition [des **règles** entre 10 et 15 ans,] des **caractères sexuels secondaires** (poils, ... , [développement des seins]), croissance rapide, modification de la corpulence ; et de la personnalité avec des **modifications psychiques et comportementales**. Ces transformations s'étalent sur plusieurs années, et leur durée diffère selon le sexe.

A partir de la puberté, les femmes voient apparaître et se répéter leurs règles, soit leur cycle menstruel.

2.2.2. Cycle menstruel et menstruations

« Le cycle menstruel féminin dure 28 jours. Il est découpé en plusieurs cycles (hormonal, thermique, tissulaires ovarien et utérin) intervenant en parallèle ou successivement. » (*Soins infirmiers en gynécologie, obstétrique et maternité*, 2007, p. 8). D'après l'ouvrage *Soins infirmiers en gynécologie, obstétrique et maternité* (2007), le **cycle hormonal ovarien** exerce un **contrôle sur le cycle utérin** grâce à deux hormones (l'oestrogène et la progestérone). Ces deux hormones permettent notamment l'augmentation du volume des seins (oestrogène), la sécrétion (oestrogène) ou l'épaississement (progestérone) de la glaire cervicale présente au niveau du vagin, l'ouverture (oestrogène) ou la fermeture (progestérone) du col utérin et l'hypo (oestrogène) ou l'hyperthermie (progestérone). « Le 1^{er} jour du **cycle [tissulaire utérin]** correspond au **1^{er} jour des règles**. [Elles] ont lieu du 1^{er} au 4^e jour du cycle. [Comme vu précédemment], elles sont le résultat de l'**élimination** de la couche superficielle de l'**endomètre** (hémorragie). » (*Soins infirmiers en gynécologie, obstétrique et maternité*, 2007, p. 9).

L'**ovulation**, soit la « libération de l'ovule » (Le Robert, s.d.), a lieu le 14^e jour et divise le cycle en deux périodes. La première est la **période préovulatoire** (4^e au 14^e jour) au cours de laquelle on observe une activité hormonale de l'oestrogène plus importante et un épaississement de la muqueuse utérine. La **période postovulatoire** est donc la seconde période et a lieu du 15^e au 28^e jour. Cette seconde partie du cycle évolue différemment **selon la fécondation de l'ovule**. En effet, s'il a été

fécondé, une **nidation** est possible au niveau de la muqueuse utérine et le placenta se constitue ; sinon les **menstruations** du prochain cycle apparaîtront (*Soins infirmiers en gynécologie, obstétrique et maternité*, 2007, p. 9).

Le cycle menstruel, du fait de l'ovulation et de la fécondation éventuelle permet donc de tomber enceinte.

2.2.3. Gestation

La gestation est définie comme étant « [l']état d'une femelle vivipare qui porte son petit, depuis la conception jusqu'à la naissance ... [son] synonyme [est le terme] grossesse. » (Le Robert, s.d.). « [Elle] dure en moyenne 40 semaines, [soit environ **9 mois**], à partir des dernières règles. » (Schwegler & Lucius, 2013, p. 398). La première étape d'une grossesse est la « **fécondation** » (*Soins infirmiers en gynécologie, obstétrique et maternité*, 2007, p. 9). A la lecture de l'ouvrage Soins infirmiers en gynécologie, obstétrique et maternité (2007), nous comprenons qu'il s'agit de la **rencontre** entre un **spermatozoïde** (gamète masculine) et un **ovule** (gamète féminine) suite à l'ovulation. Ces deux gamètes apportent, à part égale, leur **patrimoine génétique**. Simultanément à la fécondation, l'œuf se déplace vers l'utérus. On parle de **migration**. D'après Schwegler et Lucius (2013), la **nidation** a lieu 5 à 6 jours après la fécondation. L'œuf **s'implante** au niveau de la muqueuse utérine qui a subi les modifications nécessaires à son accueil. De manière plus générale, lors de la grossesse, le corps de la femme vit de **nombreux changements**, notamment une augmentation du volume sanguin, une prise de poids, une apparition de nausées ainsi que des modifications psychiques. A l'issue de ces 9 mois de grossesse, se déroule la naissance de l'enfant. « **L'accouchement** se divise en une phase de **dilatation** et une phase **d'expulsion**. » (Schwegler & Lucius, 2013, p. 398). D'après ces mêmes auteurs (2013), dans 94% des cas, la tête de l'enfant est la première partie du corps à être extériorisée. Après la naissance de l'enfant, les contractions se poursuivent et aident le soignant à retirer le placenta. Cette grossesse achevée, la période du **post-partum**, ou des suites de couches, commence.

2.2.4. Ménopause

Tomber enceinte est possible durant une certaine période. Lorsque les femmes se situent, environ, dans la tranche d'âge entre « **48 et 52 ans** » (*Soins infirmiers en gynécologie, obstétrique et maternité*, 2007, p. 18), elles peuvent observer un « **arrêt durable des menstruations (pendant plus d'un an)** » (*Soins infirmiers en gynécologie, obstétrique et maternité*, 2007, p. 18). Il s'agit de la **ménopause**. « Cette absence de menstruations est révélatrice de l'**arrêt définitif de la fonction ovarienne**. » (*Soins infirmiers en gynécologie, obstétrique et maternité*, 2007, p. 18). Ainsi, grâce à l'ensemble des apports précédents, nous comprenons que sans cette fonction ovarienne, il n'y a plus d'ovulation. Les femmes ne peuvent donc plus tomber enceinte et n'ont plus de menstruations.

D'après l'ouvrage Soins infirmiers en gynécologie, obstétrique et maternité (2007), l'arrêt de la fonction ovarienne implique une **absence de production hormonale** qui a d'importantes conséquences. La carence en oestrogène provoque une « accélération de la **perte osseuse**... une augmentation de l'incidence des **maladies cardiovasculaires**... de la fréquence des **infections urinaires**... [une] **perte d'élasticité de la peau**... [une] augmentation de la fréquence des **dépansions**... une baisse de la **libido**... » (*Soins infirmiers en gynécologie, obstétrique et maternité*, 2007, p. 18-19).

En tant que soignants, nous sommes amenés à rencontrer des femmes, qu'elles soient en période de puberté, enceintes ou ménopausées, tous les jours au sein de services de soins généraux.

3. Hospitalisation en soins généraux

L'hospitalisation est définie par Potier (s.d.), citée par Paillard (2018), comme « [l']admission ou séjour dans un établissement hospitalier » (p. 217).

D'après le Ministère de la Santé et des Solidarités (2006), en soins généraux, les patients peuvent choisir librement le lieu de leur prise en charge, à la différence des patients hospitalisés en service de psychiatrie. De plus, même les personnes les plus démunies ont un accès garanti aux hôpitaux publics et privés à condition que ces derniers participent au service public.

Lorsqu'un patient est pris en charge à l'hôpital, tous les soins ou examens ne sont réalisés que si son **consentement libre et éclairé** est recueilli. Ainsi, nous comprenons qu'un patient hospitalisé en soins généraux peut **refuser** tout acte si sa vie n'est pas mise en danger.

A la différence des personnes hospitalisées en psychiatrie à la demande d'un tiers ou d'un représentant de l'État, les patients des soins généraux **peuvent quitter le service** à tout moment de la prise en charge. Si cette sortie est jugée comme précoce par le médecin, le patient doit signer une attestation déchargeant le docteur de toute responsabilité. Afin de décider de leur prise en charge (par exemple, consentir à un soin ou de partir du service), les patients ont droit de recevoir une information «**accessible**» et «**intelligible**» (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006). D'après Le Robert (s.d.), cela signifie que cette information doit être **compréhensible** pour le patient.

4. Les besoins de compréhension

4.1. La compréhension

La compréhension est « l'effort de réflexion,... la faculté/... l'action de se **saisir intellectuellement** des causes et des conséquences qui se rattachent à telle chose, et qui l'expliquent. Il s'agit de la faculté de saisir spontanément la réalité de quelque chose. » (Trésor de la Langue Française, s.d. citée par Paillard, 2018, p. 106). Selon le Ministère de la Santé et de la prévention (s.d.), dans le domaine du soin, la compréhension du patient est une étape notable de son accueil dans un service. Cela montre que la compréhension est essentielle à la bonne prise en charge du patient et

qu'elle relève du rôle infirmier. Le Ministère de la Santé et de la prévention (s.d.) précise que «l'infirmière s'assure de la compréhension de la personne soignée après toute explication».

4.2. Les besoins

Selon le Trésor de la langue française (s.d.), cité par Paillard (2018), un besoin peut être représenté par une situation où un individu a **conscience** qu'il lui **manque** quelque chose. Avoir un besoin donne l'occasion à l'individu de tendre vers le désir puis l'action. **Ainsi, avoir un besoin permet d'agir.** « Dès qu'un patient est dans l'incapacité de combler ses propres besoins, il existe alors un besoin d'aide » (Olando, 1961 cité par Paillard, 2018, p. 65). Nous comprenons donc que si le patient ne parvient pas à combler son besoin de compréhension, le soignant va tenter de lui venir en aide. L'infirmière Virginia Henderson (s.d.) est également citée par Paillard (2018), qui détaille les 14 besoins des individus. Les premiers besoins de la liste sont, évidemment, vitaux : « Le besoin de respirer. Le besoin de boire et de manger... » (Henderson, s.d. citée par Paillard, 2018, p. 66). Selon l'infirmière, la satisfaction des premiers besoins est indispensable à la satisfaction des suivants. Ainsi, il faut répondre aux 13 premiers besoins avant d'envisager atteindre l'ultime besoin de la liste : « Le besoin **d'apprendre.** » (Henderson, s.d. citée par Paillard, 2018, p. 66). Tout individu et donc tout patient a besoin d'apprendre. Ainsi, qu'est ce que le **besoin de compréhension** ? D'après les définitions du Trésor de la langue française (s.d.), cité par Paillard (2018), il s'agit d'une situation où **l'individu a conscience qu'il ne parvient pas à se saisir intellectuellement de quelque chose, ce qui le pousse à agir.**

4.3. Le 14^e besoin de Virginia Henderson : le besoin d'apprentissage

Pour mieux comprendre le besoin de compréhension, témoignant d'un manque intellectuel et théorique, nous allons évoquer le 14^e besoin de Virginia Henderson (Paillard, 2018) : « l'apprentissage » (p. 66). Ce terme est défini comme « un **processus continu** d'acquisition intentionnel pour acquérir de **nouveaux savoirs** » (Paillard, 2018, p. 41).

D'après Paillard (2018), l'apprentissage infirmier peut être « intentionnel » ou « incident » (p. 42). L'apprentissage « **incident** » est « **involontaire** » tandis que « [l']**intentionnel** » est « **volontaire** et **conscient** ... ciblé et voulu par son auteur, dirigé par l'infirmier lui-même dont la **finalité** est un **projet ... éducatif** d'un patient/soigné. » (Paillard, 2018, p. 42). Or, nous avons détaillé au sein de la partie « 1.3 L'éducation » que d'après Paillard (2018), le soignant mettait en place une démarche éducative lorsqu'il distinguait une difficulté venant d'un manque d'informations ou de connaissances. **Le croisement de ces données nous permet de comprendre que ce besoin de compréhension puis d'apprentissage inhérent à tout individu peut être comblé par le rôle éducatif infirmier, dans un objectif d'amélioration de la santé.**

5. Santé

La **santé** est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 1946) comme « état de complet **bien-être physique, mental et social**, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (p. 1). La santé est donc une notion **multifactorielle**. De plus, le bien-être peut être représenté comme une « **sensation agréable** procurée par la **satisfaction des besoins** physiques, l'absence de soucis » (Le Robert, s.d.). En combinant ces deux définitions, la santé est « une **absence de maladie** » (OMS, 1946, p. 1) combinée à la **satisfaction complète des besoins**, quels qu'ils soient, permettant d'atteindre une « **sensation agréable** » (Le Robert, s.d.). Enfin, la santé est un **droit**. D'après l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948, « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille ».

5.1. Des composantes de la santé : les notions de santé sexuelle et reproductive

5.1.1. Qu'est ce que la santé sexuelle ?

Tout comme la santé, la « santé sexuelle est un “état de **bien-être** physique, émotionnel, mental, [plus précisément,] **associé à la sexualité**” La santé sexuelle implique ainsi les questions de respect de soi et de l'autre, de plaisir et/ou de **procréation**. » (Ministère de la santé et de la prévention, 2023). Pour préciser, les notions de **connaissance du corps** et de sa sexualité, de **contraception**, d'infection sexuellement transmissible (IST), de protection et de dépistage de ces infections mais également de trouble de la sexualité font partie du domaine de la santé sexuelle (Santé publique France, s.d.). Le site du Ministère de la santé et de la prévention (2023) regroupe des informations permettant de conclure que la santé sexuelle, étant une composante à part entière de la santé, implique de répondre aux besoins spécifiques sous-jacents en permettant **l'accès à l'information** ainsi qu'aux **soins**.

5.1.2. Qu'en est-il de la santé reproductive ?

Si la santé sexuelle induit la notion de procréation, cela signifie qu'elle est directement liée à la santé reproductive. La reproduction est définie par Le Robert (s.d.), comme la « fonction par laquelle les êtres vivants se reproduisent ». D'après le site du Ministère de la santé et de la prévention (2023) :

La santé reproductive implique la possibilité d'avoir une **sexualité responsable, satisfaisante et sûre** ainsi que la **liberté** pour les personnes de **choisir d'avoir des enfants** si elles le souhaitent ... [Elle] inclut la **contraception**, les **interruptions volontaires de grossesse** et la **prévention de l'infertilité** hors Assistance Médicale à la Procréation (AMP).

Les processus biologiques, développés précédemment au sein de ce travail, font donc partie intégrante de cette notion qu'est la santé reproductive.

5.1.3. Deux notions indissociables

Ainsi, les notions de santé sexuelle et reproductive sont liées. Notamment car elles abordent, tout d'abord, des sujets identiques tels que la « sexualité responsable » et le choix de la «contraception» (Santé publique France, s.d.). Dans le domaine de la santé sexuelle, la notion de contraception concerne majoritairement le fait de se protéger des différentes « infections sexuellement transmissibles » (Santé publique France, s.d.) tandis que dans le domaine de la santé reproductive, elle est évoquée quant à la notion de « liberté de choisir d'avoir des enfants » (Ministère de la santé et de la prévention, 2023). La santé reproductive ne peut donc être évoquée sans aborder la santé sexuelle car elle implique d'avoir une « sexualité responsable » (Ministère de la santé et de la prévention, 2023).

5.2. Focus sur les composantes de la santé reproductive

5.2.1. Parentalité

Comme vu précédemment, la santé reproductive soutient la possibilité pour les individus de choisir ou non de devenir parent. Il faut savoir que, d'après Schuhl (s.d.), cité par Paillard (2018), la **fonction de parent** est adoptée lors de la rencontre entre un individu et son enfant (à sa naissance ou lors de son adoption). La parentalité s'acquiert et **se construit au fur et à mesure** autour de valeurs et à partir de l'histoire familiale personnelle du parent. De plus, « le parent, apporte à l'enfant, ce dont il a besoin pour se construire dans sa personnalité ... si **l'enfant a des droits**, il n'a aucun devoir au sens strict. » (Quentel, s.d. cité par Paillard, 2018, p. 184).

A contrario, le parent a des devoirs vis-à-vis de son enfant. Nous pouvons citer par exemple :

- Le « devoir de **protection et d'entretien** » : il doit « veiller sur sa sécurité », « contribuer à son entretien matériel et moral [(hébergement, nutrition, soins,...)] » (Service public, 2022).
- Le « devoir **d'éducation** » : il doit permettre, à son enfant, l'accès à « l'éducation intellectuelle, professionnelle et civique » (Service public, 2022). Si les parents ne répondent pas à leurs devoirs, ils « s'exposent à des sanctions » (Service public, 2022).

5.2.2. Contraception

La contraception est une notion abordée à la fois dans le domaine de la santé sexuelle et de la santé reproductive. A l'échelle nationale, « l'enjeu en matière de contraception est de **permettre à chacune et chacun d'accéder à une contraception adaptée à sa situation.** » (Ministère de la santé et de la prévention, 2023). Pour ce faire, la « formation initiale et la formation permanente des médecins, des sages-femmes, ainsi que des **infirmiers** ... comprennent un enseignement sur la contraception. » (Art. L2214-2 du Code de la Santé Publique du 22 juin 2000). Suite à cet apprentissage, comment définir cette notion ? La contraception est le « moyen permettant d'éviter une grossesse lors d'une relation sexuelle C'est une manière de **maîtriser sa fertilité.** » (Santé Publique France, s.d.). Elle

est donc une composante de l'**orthogénie** définie comme « l'ensemble des méthodes de planification et de régulation des naissances appliquées au niveau du couple » (La Langue Française, s.d.).

L'article écrit sous l'égide de Santé Publique France (s.d.) classe les contraceptifs en deux catégories : les « mécaniques » et les « hormonaux ». Ils notent également les « méthodes de contrôle de la fertilité », la « contraception définitive » et les « spermicides » (Santé Publique France, s.d.).

Tout d'abord, « les moyens de contraception mécanique empêchent ... le contact entre le sperme et l'ovule, en créant une barrière pour les spermatozoïdes. » (Schwegler & Lucius, 2013, p. 386). Il en existe 4 grands types :

- Les **préservatifs** « externes » et « internes » qui sont des « moyen[s] de protection contre le VIH et les IST, mais aussi de contraception. Il[s] se présente[nt] sous la forme d'une gaine » (Santé Publique France, s.d.). L'externe, le préservatif « masculin », « se ... [déroule] sur la verge » tandis que l'interne ou « féminin » se place dans le vagin avant un rapport sexuel. » (Santé Publique France, s.d.).
- Le « **DIU** ou « dispositif intra-utérin » au **cuivre** » qui est « inséré dans l'utérus par un professionnel de santé » (Santé Publique France, s.d.). Il est important de savoir qu'il peut être « à l'origine d'une augmentation du volume des règles. » (Schwegler & Lucius, 2013, p. 386).
- Le « **diaphragme** » et la « **cape cervicale** » « se glisse[nt] dans le vagin, au contact du col de l'utérus, pour empêcher le passage des spermatozoïdes vers l'intérieur de l'utérus. » (Santé Publique France, s.d.).

Il existe six types de **contraception hormonale**. La plupart fonctionnent en « [inhibant] l'ovulation ... ou [en rendant] le bouchon muqueux cervical infranchissable pour les spermatozoïdes par l'administration précoce de progestagènes » (Schwegler & Lucius, 2013, p. 386). Il en existe 6 types :

- « les **pilules** contiennent des hormones qui ressemblent à celles que fabrique naturellement le corps. » ;
- « le **DIU** ou « dispositif intra-utérin » **hormonal** » : il est également posé par un professionnel de santé habilité. « Il contient une hormone progestative qu'il va délivrer en petite quantité. Cette hormone a ... un effet contraceptif ... [et] un effet sur les règles [car il] peut diminuer [leur] durée et [leur] volume »
- « l'**implant contraceptif** ... est inséré juste sous la peau et délivre en continu de petites quantités d'un progestatif ... permettant de supprimer l'ovulation. »
- « l'anneau vaginal » ; « le patch contraceptif » ; ... (Santé Publique France, s.d.).

Les contraceptifs hormonaux présentent des effets secondaires. « Du fait des taux élevés d'hormones sexuelles apportées..., les femmes [peuvent souffrir] de céphalées, d'asthénie, de prise de poids et ... d'une baisse de la libido ... [Le] risque thrombotique augmente ». (Schwegler & Lucius, 2013, p. 386).

L'**infirmier** joue un réel rôle dans cette gestion de la contraception car « conformément à l'article L.4311-1 du Code de la santé publique, les infirmiers sont autorisés à **renouveler**, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable, les prescriptions des **médicaments contraceptifs oraux datant de moins d'un an**, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé. » (Assurance maladie, 2023).

5.2.3. L'Interruption Volontaire de Grossesse

« L'**avortement**, ou IVG pour **Interruption Volontaire de Grossesse**, est autorisé en France depuis **1975** (loi "Veil" du 17 janvier 1975 qui dépénalise l'avortement). » (Ministère de la santé et de la prévention, 2023). A ce jour, « la loi constitutionnelle du 8 mars 2024 ... modifie l'article 34 de la Constitution pour y inscrire que "La loi détermine les conditions dans lesquelles s'exerce la liberté garantie à la femme d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse".... Par ce texte la **France devient le premier pays au monde à reconnaître dans sa Constitution la liberté de recourir à l'avortement**, qui relève de la seule appréciation des femmes. » (Vie publique, 2024).

« Il est possible pour **toutes les femmes**, majeures et mineures, jusqu'à 14 semaines de grossesse (ou **16 semaines d'aménorrhée**, soit 16 semaines après le 1er jour des dernières règles). En France, un avortement se fait dans des conditions sûres, protégé par le secret, voire anonymement si la femme le souhaite, et sans frais. » (Ministère de la santé et de la prévention, 2023).

D'après le Gouvernement (2022), deux méthodes permettent de mettre un terme à une grossesse non désirée. Tout d'abord, il existe la méthode **médicamenteuse**. Cette méthode est envisageable jusqu'à la 7^e semaine de grossesse (9^e semaine d'aménorrhée). Au-delà de ce délai, la méthode **instrumentale** («rapide intervention [sous anesthésie] ... pour aspirer l'œuf qui se trouve dans l'utérus après dilatation du col » (Gouvernement, 2022)) est privilégiée même si elle est envisageable de la 1^{ère} à la 14^e semaine de grossesse. Enfin, « on retrouve fréquemment [l'idée reçue de] l'existence d'un syndrome post avortement. Pourtant, de nombreuses études scientifiques fiables ont montré que l'IVG n'est pas à l'origine de troubles psychologiques spécifiques. Le vécu d'une IVG est personnel et varie d'une femme à l'autre. C'est souvent le contexte de sa réalisation et **l'accompagnement** autour de l'IVG qui peuvent avoir un impact psychologique. » (Gouvernement, 2023). L'infirmier peut alors mettre à profit son rôle **propre** qui implique une « aide et [un] soutien psychologique » (Art. R4311-5 du Code de la santé Publique du 26 juillet 2021) pour permettre aux patients de vivre au mieux cet IVG.

5.2.4. L'infertilité

La santé reproductive désigne également la « **prévention de l'infertilité** hors Assistance Médicale à la Procréation (AMP) » (Ministère de la santé et de la prévention, 2023). L'infertilité est «**l'absence de grossesse pour un couple après 12 mois d'essais**. L'origine peut être féminine ..., masculine ... ou de couple ... Ces situations d'infertilité sont grandissantes : elles touchent 15% des couples » (Andine & Sindicic, 2022, p. 12). Il ne faut pas la confondre avec la stérilité qui est «l'incapacité absolue d'obtenir une grossesse sans aide médicale » (Andine & Sindicic, 2022, p. 12).

Dispositif méthodologique du recueil de données

La réalisation puis l'analyse de ces entretiens ont pour but de confronter les informations développées au sein du cadre théorique à celles transmises par les professionnelles interrogées. Dans un souci du respect de l'anonymat, je désignerai les deux infirmières interrogées par IDE 1 et IDE 2.

1. La forme de l'outil

Ce guide d'entretien semi-directif à réponses libres me permet de poser des questions sur des thématiques larges et non pas sur une expérience, situation précise. Les questions sont ciblées mais restent majoritairement ouvertes permettant la libre expression des professionnels interrogés et réduisant le risque d'orientation de leurs réponses et donc de biais.

2. Les objectifs du guide d'entretien

Le guide d'entretien, visible en annexe III, aborde les quatre thèmes principaux abordés au sein du cadre conceptuel ; à savoir le **rôle infirmier**, les **besoins de compréhension**, la **femme** et la **santé reproductive**. Les neuf questions formulées permettent de répondre aux neuf objectifs de l'entretien ; comme préciser la notion de rôle propre, identifier les besoins des femmes ou, encore, identifier l'intérêt de répondre aux besoins de compréhension dans le domaine de la santé reproductive. Les questions sont complétées par des relances permettant de faciliter le développement des réponses, par le professionnel.

3. La population interrogée

J'ai choisi d'interroger deux infirmières travaillant dans des services de soins somatiques, autrement dit, de **soins généraux** afin de rester cohérente vis-à-vis de ma question de départ.

La première infirmière interrogée (IDE 1), diplômée depuis 9 ans, a toujours travaillé au sein du **service de gynécologie et plastie**, qui a une activité essentiellement **chirurgicale** et donc d'**hospitalisation**. Ce service lui permet également de travailler aux **urgences gynécologiques** et d'être infirmière de **programmation** pour les interventions du service.

La seconde infirmière (IDE 2) travaille dans ce même **service de gynécologie-plastie** depuis 5 ans mais n'intervient pas aux urgences. Elle a par ailleurs une activité dans le service de **consultations de plastie**.

Ces deux infirmières prennent, de ce fait, en soin une **population** majoritairement **féminine** mais qui n'est pas obligatoirement hospitalisée dans le cadre de la santé reproductive.

Ainsi, m'entretenir avec ces infirmières présentait deux avantages :

- Pouvoir comparer le rôle de l'IDE dans des prises en charge ayant des **temporalités différentes**. En effet, la prise en charge aux urgences est plus courte que celle en hospitalisation.
- Pouvoir questionner les besoins de compréhension des femmes dans le domaine de la santé reproductive ; qu'elles soient hospitalisées dans un service de gynécologie, donc directement liées à cette sphère, ou dans d'autres services comme la chirurgie plastique, où leur hospitalisation ne concerne pas spécifiquement la santé reproductive.

D'une autre part, ces deux infirmières ont des parcours qui diffèrent. En effet, la première infirmière interrogée compte une **expérience professionnelle plus longue** que la seconde. Quatre ans séparent leur diplôme. Pour autant, la seconde infirmière bénéficie d'une **expérience plus diversifiée**, ayant travaillé dans différents services avant de rejoindre celui de gynécologie-plastie. Ce service étant un choix pour les deux professionnelles, de nombreuses similitudes sont ressorties des entretiens. Pour autant, l'IDE 2 a pu évoquer la mise en œuvre d'action auprès d'un public **plus large** du fait de son expérience plus variée. Mais l'IDE 1, qui a plus d'expérience dans le service de gynécologie, adopte une **vision plus inclusive** de la prise en charge dans le domaine de la santé reproductive, incluant aussi bien les femmes que les hommes.

4. Organisation de la réalisation des entretiens

La prise de contact s'est avérée évidente car les infirmières concernées travaillaient dans le service où je réalisais mon stage infirmier. Lorsque je leur ai présenté le thème de mon mémoire et demandé si un entretien était réalisable, elles se sont montrées immédiatement intéressées et disponibles.

J'ai convenu d'un rendez-vous avec chacune des infirmières. Le premier s'est déroulé dans le bureau de l'infirmière de programmation ; tandis que nous nous sommes retrouvées, pour le second, dans une salle isolée du service. Ces lieux ont été choisis pour une question de facilité, aussi bien pour elles que pour moi. Ces rendez-vous ont été fixés sur des plages horaires dédiées, afin que nous ne soyons pas interrompues.

Enfin, ces deux entretiens ont été enregistrés, avec l'accord des professionnelles, afin de faciliter leur retranscription. J'ai, pour ce faire, utilisé le dictaphone de mon téléphone portable.

5. Bilan du dispositif

Initialement, mon souhait était d'interroger deux infirmiers dont l'activité était réellement distincte. A savoir, un qui aurait travaillé dans un service de gynécologie et le second qui n'aurait exercé qu'aux urgences gynécologiques afin d'opposer les temporalités, comme expliqué précédemment. Malheureusement, ces services sont confondus dans le centre hospitalier universitaire

de notre département. De plus, les autres centres hospitaliers environnants ne présentent pas de service, uniquement, de gynécologie. Je devais donc interroger des infirmiers ayant cette double activité.

Cela présente des limites aussi bien que des avantages. En effet, avoir cette double expérience en un seul professionnel nous a permis de bénéficier de réponses très riches quant aux actions proposées aux femmes ayant des besoins de compréhension. Mais cela peut aussi devenir un biais car l'infirmier ne fait alors peut-être plus de distinction entre ses actions mises en place aux urgences et celles de l'hospitalisation. Ainsi, les prises en charge sont mélangées et nous pouvons plus difficilement les comparer selon leur temporalité, comme souhaité initialement. Ce mélange possible est une limite à l'entretien.

Malgré tout, la seconde infirmière ne travaillant pas aux urgences a rendu possible cette comparaison, de sa vision des actions proposées au long cours, en hospitalisation, à celle de la première professionnelle qui a une approche à plus court terme, notamment.

Un second point fort est constitué par l'exercice de plâtrerie des infirmières permettant une vision plus large de la prise en charge de ces femmes et donc plus représentative des soins somatiques, en général.

Enfin, une difficulté que nous pourrions soulever serait expliquée par l'activité chirurgicale multiple du service impliquant une éducation des patients très vastes. Ainsi, il m'a semblé parfois difficile de centrer les réponses des professionnelles dans le domaine de la santé de la femme.

L'analyse descriptive des entretiens

1. Définition du rôle propre de l'infirmier par les soignants

Dans un premier temps, les infirmières ont mis en avant 4 composantes du rôle propre infirmier : « l'accompagnement », « l'information », « l'éducation » et la « prévention » (IDE 1).

1.1. L'accompagnement

Le rôle d'accompagnement de l'infirmier est très vite mis en lumière par les soignantes. En effet, la première interrogée précise l'importance de cet aspect au sein du service de gynécologie-plastie lorsqu'elle dit : « chez nous on ... a quand même beaucoup [(de composantes du rôle propre,)] que ce soit au niveau **relationnel** déjà on a tout un **rôle d'accompagnement**, je pense ». L'IDE 2 ajoute même qu'il s'agit de « la base [du] métier ».

Les deux infirmières définissent l'accompagnement au travers de **qualités soignantes**. En effet, les infirmières expliquent que cela passe par « **écouter l'autre** » (IDE 2) et qu'il y a « un **temps d'écoute** qui est vraiment important » (IDE 1). La seconde infirmière montre que l'accompagnement va au-delà d'une simple écoute du patient car « il y a tout ce qui va être **comprendre, être compréhensif** ». Pour elle, l'accompagnement se base sur « la **communication** » (IDE 2).

1.2. L'information et la reformulation

Le rôle d'information des IDE est présenté comme une **solution** face à la **contrainte temporelle** : « Il y a des jours où c'est faisable et d'autres où c'est impossible donc **ça passe plus par l'information** au cours de l'entretien infirmier, ça passe par des choses non formelles » (IDE 1). De ce rôle d'information découle la reformulation. L'infirmière 1 explique notamment reformuler les informations transmises par les médecins, aux patients. Elle ajoute « que le regard infirmier est important ».

1.3. L'éducation, parfois informelle

L'infirmière 1 précise qu'elle « rencontre aussi, dans le service, des situations où [son] rôle propre va prendre une tournure plus **d'éducation** ». Les deux entretiens réalisés ont permis de montrer que l'éducation proposée aux patientes n'était **pas toujours formelle**. L'IDE 1 affirme que « même si c'est moins formel, aux urgences, on a quand même un accompagnement [qu'elle] considère comme de l'éducation quand [elle] reparle, par exemple contraception, quand [elle] reparle surveillance du cycle... ».

1.4. La prévention

Enfin, la première infirmière interrogée relève une dernière composante de son rôle propre ; qu'est la **prévention**.

1.5. Le rôle propre de l'IDE varie

Au cours des deux entretiens, les explications données par les infirmières ont permis de montrer que leur rôle propre était amené à évoluer selon la **temporalité** et selon les **patientes**.

L'infirmière 1, démontre qu' « **aux urgences gynécologiques**, ... la **temporalité est trop courte** ». Elle ajoute : « aux urgences, c'est trop compliqué avec le reste du flux des patients pour **s'engager** dans des séquences d'éducation ». De ce fait, les **urgences permettent de discuter** mais pas de « formaliser un temps précis » comme dans le service, nous précise l'IDE 1.

L'infirmière 2, travaillant au sein du service de gynécologie-plastie, essaie de se « **créer du temps** en tant qu'infirmière ... même si des fois ce n'est pas forcément facile ».

Les deux infirmières s'accordent à dire qu'elles **doivent s'adapter au temps dont elles disposent**.

Au-delà du facteur temporel, l'IDE 2 précise que « c'est en fonction des besoins des gens surtout ».

2. La santé reproductive vue par les infirmières

Comme expliqué au sein de l'outil méthodologique, les infirmières n'ont pas le même point de vue quant à la population concernée par la santé reproductive. La soignante arrivée le plus récemment dans le service estime qu'il s'agit de « tout ce qui va être pour les femmes, ça va concerner les femmes » (IDE 2). Alors que pour l'IDE 1, travaillant dans le domaine de la gynécologie depuis 9 ans, cela englobe les hommes et les femmes.

La santé reproductive peut être définie par ce qui est « en lien avec la **reproduction souhaitée ou non** » (IDE 1). La première composante mise en exergue est donc le **projet parental** des individus, du « couple » (IDE 1). Les composantes suivantes peuvent donc être divisées en deux catégories, selon le projet parental : le désir d'enfant et le désir de ne pas avoir d'enfant.

Dans un premier temps, dans le cadre du désir d'enfant, les soignantes évoquent le « versant en lien avec la **PMA** (Procréation Médicalement Assistée) » (IDE 1). La seconde infirmière explique qu'il s'agit du questionnement quant à « ce qu'on peut mettre en place, tout le **parcours** qui va accompagner la femme » pour permettre au couple de concevoir.

De plus, les **difficultés rencontrées dans le parcours de désir d'enfant** sont mises en avant par l'infirmière 1. « Je pense qu'on est concernées aussi bien dans le service, avec les patientes hospitalisées chez nous dans le cadre de leur **endométriose** ; qu'aux urgences où ça peut être ... les **grossesses** qui, malheureusement, ne sont **pas forcément menées jusqu'à terme** » (IDE 1).

Dans un second temps, dans le cadre du projet de non-grossesse, « **l'orthogénie, les IVG** (Interruption Volontaire de Grossesse) » (IDE 1) font partie du domaine de la santé reproductive.

Enfin, selon les deux infirmières, la **santé reproductive** et la **santé sexuelle** sont deux notions indissociables mais des différences persistent. L'IDE 1 précise qu'elle les distingue « parce que

sexualité ne veut pas dire forcément reproduction », ce à quoi l'IDE 2 ajoute que l'on « peut-être en questionnement sur sa sexualité sans vouloir d'enfant ». Les soignantes précisent leur vision de la santé sexuelle qui, pour elles, « concerne uniquement la **sexualité** et la **contraception**. Alors que la reproduction entraîne d'autres choses ; il faut savoir s'il y a moyen de procréer, quels moyens sont mis en place, qu'est ce qui bloque si le couple rencontre des difficultés » (IDE 1). La santé sexuelle est « tout ce qui va être mis en pratique pour se **protéger** » (IDE 2).

3. Les besoins de compréhension des femmes dans le domaine de la santé reproductive

3.1. La population concernée est diversifiée

Au cours des entretiens, nous avons pu nous apercevoir que les soignantes étaient confrontées à une population très diverse de femmes. Tout d'abord, les patientes n'ont pas les mêmes **motifs d'hospitalisation**. Certaines sont hospitalisées dans le cadre de pathologies gynécologiques, comme « l'endométriose », d'autres consultent pour des soucis liés à leur grossesse, notamment lors de fausses-couches, comme évoquées précédemment ou encore dans le cadre d'interventions liées au parcours de PMA. De plus, ces femmes n'ont pas nécessairement le même **statut relationnel**. Certaines sont seules ou en couple. Les infirmières observent également des différences de statut social. Elles peuvent rencontrer « un **public qui est défavorisé** » (IDE 2) mais également un public « **d'origines ethniques multiples** ». Donc en plus de la difficulté de compréhension de leur corps, il y a la barrière de la langue » (IDE 2). Les patientes ont également des **histoires de vie différentes**. Certaines « ont vécu des violences sexuelles » (IDE 2). Enfin, leur **implication varie**. Certaines sont actrices de leur prise en charge, connaissent leur corps, leurs traitements tandis que d'autres « se laissent porter et ça leur convient. ». Quelques-unes sont même décrites comme désintéressées.

3.2. Des besoins de compréhension dans des domaines prépondérants

Du fait de cette diversité, les femmes n'ont pas toutes les mêmes besoins de compréhension. Les infirmières notent des besoins de compréhension quant aux **processus biologiques**, à l'**anatomie**, aux **traitements** et **dispositifs médicaux**, au **parcours** de la **PMA** et au parcours de la **femme enceinte** en général.

Concernant les besoins de compréhension à propos des processus biologiques, les infirmières expliquent être témoins de lacunes quant au « **lien** qui peut être fait **entre avoir un rapport et tomber enceinte** » (IDE 1). « Il y a un **réel manque de connaissances ... davantage chez la femme, ... sur la sexualité et sur comment avoir un enfant et ... ce qu'il faut faire** » (IDE 2).

Les deux infirmières ont remarqué que les besoins de compréhension quant à l'**anatomie** étaient **plus présents chez les femmes**. Elles déclarent : « il y a un réel manque de connaissances et je trouve davantage chez la femme, sur son anatomie » (IDE 2). « Il y a un défaut d'éducation autour du corps de la femme, par la femme elle-même, qui est assez criant aux urgences, notamment. » (IDE 1).

Les infirmières sont confrontées à des besoins de compréhension quant aux traitements et aux dispositifs médicaux. En effet, la seconde soignante confie qu'elle doit transmettre aux patientes les **différentes méthodes de contraception** existantes car elles sont en quête de savoir ce qui leur **correspond au mieux**. L'infirmière 1 précise rencontrer des incohérences lors de l'entretien infirmier aux urgences où les patientes disent ne pas avoir de désir de grossesse et ne pas avoir de contraception ou de rapports protégés. Elle dit : « Je me demande si elles ont compris, si c'est un choix de ne pas avoir de contraception ou s'il peut y avoir une crainte par rapport aux hormones, par exemple ». D'autres patientes sont plus au fait de la théorie mais présentent pour autant ce même besoin. En effet, l'IDE 1 explique qu'à « ce moment-là, [il s'agit de] choses plus pointues en termes d'apport avec, par exemple, le **mécanisme d'action des médicaments** qu'on leur propose, le lien qu'il y a entre leurs **symptômes** et le **traitement** qu'on leur propose en regard ». Enfin, dans le cadre des besoins de compréhension quant aux différents **parcours** ; celui de la PMA et de la femme enceinte, il va y avoir « le **questionnement** autour de la **temporalité** quant à la **reprise des rapports sexuels**, puisqu'il y a des patients qui, justement, ont fait des interventions dans le but de pouvoir après avoir un enfant. » (IDE 1) ainsi que des besoins d'explications par rapport à « ce qu'il va se passer, les rendez-vous avec la sage-femme » (IDE 2).

3.3. Des besoins complémentaires aux besoins de compréhension

Enfin, les professionnelles de santé ont noté des besoins souvent associés à la compréhension. Premièrement, le besoin d'**accompagnement** qui inclut un besoin d'écoute, de compréhension et de reformulation. Les soignantes développent le versant psychologique de cet accompagnement mais également un versant plus concret avec la présentation « d'autres structures » (IDE 1) voire même la prise de rendez-vous. Deuxièmement, la seconde infirmière associe un besoin d'**information**. La soignante exerçant aux urgences ajoute qu'au sein de ce service, le besoin **social**, quel qu'il soit, est complémentaire. Elle ajoute qu'elle peut associer à la compréhension le besoin d'**orientation** ; lorsque ces femmes n'ont pas de médecins traitants ou qu'elles ne savent pas vers qui se tourner pour le suivi de leur grossesse. Enfin, cette même infirmière évoque le besoin d'**apprentissage** qui, pour elle, existe mais n'est pas systématique. En effet, si « c'est quelque chose qui les handicape vraiment dans la vie et là elles vont vraiment manifester un besoin d'apprentissage » mais selon cette infirmière, « le besoin d'apprentissage ne découle pas forcément du besoin de compréhension. Tout dépend de l'intérêt qu'elles portent à leurs interrogations ... est-ce que c'est quelque chose avec lequel elles vivent dans leur quotidien et [qui] n'a aucun impact » (IDE 1).

4. La réponses des IDE aux besoins de compréhension des femmes dans le domaine de la santé reproductive

4.1. L'identification du besoin

Les soignantes décrivent 4 méthodes qui leur permettent d'identifier les besoins de compréhension de leurs patientes. Dans l'idéal, il s'agit d'une **demande directe et claire** de la patiente, comme l'explique la seconde infirmière interrogée. L'identification du besoin peut également se faire **au décours d'un échange simple** avec la patiente. L'infirmière identifie une lacune « au fur et à mesure des discussions » (IDE 1). Des **ressources matérielles** permettent également cette reconnaissance du besoin ; comme le questionnaire pré-établi utilisé aux urgences. Les « réponses apportées par les patientes à certaines questions » permettent de distinguer les sujets à propos desquels elles ont « des besoins d'explications un peu plus importants » (IDE 1). Enfin, la seconde infirmière décrit une manière indirecte : **repérer les besoins au décours d'activités de soins**. Elle illustre son propos en expliquant avoir voulu éduquer une patiente à l'auto-sondage urinaire et s'être aperçu que l'anatomie génitale n'était pas acquise pour cette patiente.

4.2. Les pré-requis nécessaires à la mise en oeuvre de ces actions

Deux pré-requis ont été mis en exergue par les professionnelles. En effet, à leur sens, il est nécessaire d'avoir des **connaissances** ainsi que des **qualités soignantes** pour mettre en œuvre des actions visant à combler le besoin de compréhension de la patiente.

« Pour tenter de répondre à ce besoin, ... il faut **avoir soi-même des connaissances** ». « Il faut partir de ce que [l'on] sait pour étayer un peu sa compréhension » (IDE 1). Mais d'où viennent ces connaissances ? L'infirmière 1 explique se servir de connaissances acquises lors de la **formation initiale** ; comme pour le domaine de l'anatomie. Malheureusement, il arrive que le « bagage » (IDE 1) acquis en formation initiale ne soit pas suffisant. Pour « des choses plus complexes » (IDE 1), la soignante parvient à mettre en place des actions grâce à son **expérience** et aux **connaissances** acquises sur le **terrain**. Elles évoquent également l'utilité de la « **formation continue** » (IDE 1) car « tout ne s'arrête pas au diplôme » (IDE 2). Enfin, les soignantes ont évoqué, toutes deux, l'importance des **recherches personnelles**. La seconde infirmière raconte avoir réalisé des recherches personnelles sur la ponction d'ovocytes et avoir eu besoin d'aller plus loin. Elle a donc assisté à cette intervention afin de réussir à visualiser le parcours réel et à expliquer ce soin à ses patientes. Elle conclut en disant qu'il « faut toujours être en recherche perpétuelle de connaissances... Il faut s'investir dans le service, mais aussi à la maison. » (IDE 2).

Dans ce sens, la première qualité soignante citée est **l'intérêt** pour ce domaine et pour la population soignée. En effet, c'est grâce à cette qualité que les soignantes parviennent à s'investir davantage et donc à poursuivre leurs recherches. Les infirmières relèvent **l'empathie** et le **respect**. L'IDE 2 pense

d'ailleurs que « pour toute éducation ... le patient a besoin de sentir ... du respect mutuel, qu'on est capable de **communiquer**. ». Dans ce domaine, on touche « un sujet intime. Il faut avoir du tact, **l'intelligence de l'autre** et du respect mutuel » (IDE 2). La notion de **respect du consentement** est aussi considérée comme « essentielle » (IDE 2). Les soignantes montrent qu'il faut également être en capacité d'**établir une relation soignant-soigné égale et de confiance**. En effet, cette aptitude permet aux patientes de trouver « un intérêt pour elles et pour leur santé ; et qu'elles se sentent actrices aussi de leur prise en charge. » (IDE 1). L'instauration d'une relation de confiance paraît indispensable car « on ne peut pas rentrer dans l'intime, ni apprendre à quelqu'un quoi que ce soit s'il n'a pas confiance en [nous] » (IDE 2). Cette infirmière, forte de son expérience, conclut en précisant que « si [l'on] ne crée pas de relation, tout ce que [l'on] pourra mettre en place » (IDE 2) ne fonctionnera pas forcément. La **capacité à reconnaître ses limites** est la dernière soulevée par les soignantes. Elle permet de déléguer et donc de rendre possible l'accès à une information au patient. Elle permet aussi de maintenir la relation de confiance établie de par cette honnêteté.

4.3. Les ressources

De nombreuses ressources s'offrent aux soignants. Les premières sont **humaines**. Les infirmières mettent en avant **l'équipe médicale**. La pluridisciplinarité est décrite comme un avantage indéniable. « Discuter avec les médecins ... permet aussi de gagner en compétences et en informations [puis] de se resservir de ces nouveaux savoirs » (IDE 1). Les infirmières peuvent aussi solliciter l'intervention des médecins lorsqu'elles se trouvent dans l'incapacité de répondre seules aux besoins de compréhension du patient. La seconde infirmière explique que **l'équipe paramédicale** ainsi que les **professionnels du CHU** tels que les **interprètes** sont des ressources importantes. La dernière ressource humaine mise en avant par les soignantes est l'aidant du patient, du moins le proche présent. « Les conjoints sont souvent très au fait des pathologies de leur conjointe. Ils connaissent la douleur de leur compagne, ils sont habitués. C'est un aidant, une ressource. Il faut profiter de leur présence, s'en saisir » (IDE 1). La seconde infirmière explique également que l'aidant peut faciliter l'échange lorsqu'ils sont confrontés à la barrière de la langue. Enfin, il existe des ressources **matérielles**. Certaines sont à destination des patients, comme les « **plaquettes** qui ont été créées sur la grossesse extra-utérine... ça permet d'avoir un support en plus mais même si on leur explique toujours à l'oral l'intérêt de la surveillance ...» (IDE 1) ou comme une **application** citée par l'IDE 2 permettant d'aborder « le désir de grossesse, la contraception, le retour des règles » en une dizaine de langues différentes. Les soignantes utilisent également des ressources matérielles dans leur propre intérêt tels que des « classeurs de **protocoles** » (IDE 1) ou des « **revues** » (IDE 2).

4.4. Les obstacles

Comme évoqué précédemment, l'équipe peut être confrontée à des situations où la **barrière de la langue** est un réel obstacle. Les IDE se sentent en difficulté pour donner des explications claires.

La **réticence des patientes** est également mise en évidence par les soignantes, notamment par l'infirmière 1. Elle rapporte être, parfois, face à des patientes désintéressées et illustre son propos en racontant la prise en charge d'une patiente consultant pour une infection génitale haute due à des rapports sexuels non protégés. L'IDE 1 explique qu'elle « avait une réponse très détachée. Sa santé sexuelle là, ne l'importait pas du tout... Cette jeune fille n'était pas du tout ouverte. ». Ainsi, les comportements à risque ont perduré et la patiente est, malheureusement, revenue consulter à plusieurs reprises pour ce même motif. « Ça montre bien que le manque d'intérêt des patientes pour leur propre santé peut être un réel obstacle » (IDE 1). Elles peuvent se mettre en danger. Certaines ne sont pas « réceptives » (IDE 2), d'autres « peuvent se vexer » (IDE 1). Le **manque de temps** est également présenté comme un obstacle. Cela implique une difficulté à mettre en place des actions. Enfin, l'infirmière 1 évoque la **composante organisationnelle** liée au service. Si une infirmière vient à être absente, « tout est bousculé au niveau de la prise en charge des patientes. On aurait donc besoin de plus de temps, d'effectifs complets tous les jours » (IDE 1).

4.5. Les actions

Tout d'abord, il semble important de rappeler que les actions mises en place vont varier selon le **type de besoin** et selon la **patiente**. L'IDE 2 développe son avis. En effet, s'il s'agit d'un besoin de compréhension superficiel, qu'il n'y a qu'une légère lacune, il est possible de répondre au besoin en une « séance ». En revanche, si le besoin de compréhension se rapporte à des croyances ancrées depuis plusieurs années, comme le schéma corporel, plusieurs tentatives pourraient être nécessaires pour combler ce besoin. L'infirmière complète son exemple lié au schéma corporel, cela n'est « pas instantané. Il faut déconstruire le schéma » (IDE 2). « Il faut aussi repartir de la vision de la patiente » (IDE 1) et lui proposer plusieurs méthodes afin qu'elle puisse se saisir de celle qui sera la plus adaptée pour elle, explique la seconde infirmière. Enfin, elle rappelle qu'il faut s'adapter à la singularité de la patiente, « en fonction de son âge, de son vécu, de son histoire personnelle » (IDE 2). Il est possible de rencontrer des femmes qui ont, malheureusement, subi des violences sexuelles. Ces patientes n'ont pas nécessairement les mêmes tempéraments. « Certaines vont être très libérées. On peut parler de tout et elles sont en quête de réponses. Ou au contraire, des dames très fermées ; et là, c'est vraiment une reconstruction personnelle. » qu'il faut respecter (IDE 2).

Le temps est un gage d'efficacité ; « c'est vraiment la clé » (IDE 1), dans la mise en place des actions que nous allons détailler par la suite.

Dans les faits, lorsque les infirmières sont face à des femmes qui ont des besoins de compréhension dans le domaine de la santé reproductive, elles mettent différentes actions en œuvre.

Tout d'abord, les actions vont être **orales**. Les infirmières vont pouvoir, simplement, donner des **explications orales**. Elles **reformulent** également ; notamment des informations données par les médecins afin de les rendre plus accessibles pour la patiente.

Puis, des actions **visuelles** sont décrites par les soignantes ; qui peuvent utiliser la **communication non-verbale**, avec le **mime** notamment. Les infirmières ont, toutes les deux, rapporté le fait de faire des **schémas** « pour différencier le méat urinaire d'un vagin, par exemple ». Cette technique est décrite comme aisée quelque soit la situation car il est possible de dessiner sur ce que l'on trouve dans la chambre du patient, sans souci.

D'autres actions sont développées par les IDE tels que **proposer** et **laisser une trace écrite** à la patiente sur la notion problématique. L'IDE 1 évoquait la distribution des plaquettes sur la grossesse extra-utérine. Les soignantes vont également **accompagner les patientes dans certaines démarches**. L'IDE raconte avoir accompagné une patiente dans sa démarche de recherche de la protection hygiénique la plus adaptée puis, ensemble, elles avaient regardé sur internet pour l'acheter. Enfin, elles peuvent être amenées à **faire intervenir le corps médical** pour répondre aux besoins en équipe ou alors quand elles arrivent à leurs limites de compétences.

4.6. Les conséquences visibles suite à la réponse aux besoins de la patiente

Les soignantes observent des **changements** chez les patientes auprès desquelles elles ont pu combler le besoin de compréhension existant. Elles mettent en avant toutes les deux « le gain en **autonomie** » que cette réponse au besoin permet. La **relation au corps** des patientes peut également évoluer. Selon l'infirmière 1, il est plus facile d'observer des gens lorsque les actions mises en œuvre sont concrètes et non pas seulement théoriques.

Il arrive que les professionnels de santé **ne puissent pas observer de changements**. En effet, selon l'IDE 1, aux **urgences**, « la **temporalité n'est pas assez longue** ... pour observer des changements de comportements ». Elle illustre son propos en expliquant qu'elle ne pourra pas observer un changement de contraception chez une patiente à qui on a expliqué le fonctionnement de la contraception, les différentes méthodes existantes.

4.7. Le ressenti des professionnelles lors de la mise en oeuvre de ces actions

Lorsque les infirmières tentent de répondre à des besoins de compréhension quant à la santé reproductive, il arrive qu'elles se sentent, respectivement, **frustrées** ou trop **intrusives**. En effet, cela « peut être frustrant de ne pas avoir la possibilité de toujours se faire comprendre ou effectivement ne pas pouvoir avoir ce temps dédié » (IDE 2). De plus, la première infirmière explique qu'elle peut avoir le sentiment de trop s'immiscer dans l'intimité de la patiente et qu'elle rétro-pédale dans ces cas-là.

Le sentiment général, ressenti par les 2 soignantes, est la **satisfaction**. L'IDE 1 précise que « c'est toujours plaisant [de voir] une évolution positive et ça arrive ». Ce à quoi la seconde infirmière ajoute qu'à « partir du moment où [une patiente] commence à exprimer ses difficultés et que [en tant que soignant], tu vas pouvoir justement apporter des réponses ... ça crée une relation un petit peu particulière parce que là, ça rentre dans l'intime de parler de reproduction tu crées une relation de confiance, oui, et ça c'est plutôt satisfaisant finalement. »

La discussion

L'objectif de cette ultime partie est de confronter la théorie développée au sein du cadre conceptuel (autrement dit théorique) aux informations importantes issues de l'analyse des entretiens. La discussion laisse également place à une prise de position vis-à-vis de la question de départ qui est, pour rappel, « quel est le rôle de l'infirmier·ère auprès de femmes hospitalisées en soins généraux présentant un besoin de compréhension dans le domaine de la santé reproductive ? ».

Tout d'abord, je tenais à travailler sur ce sujet car, comme détaillé au sein du cadre théorique, il se concentre sur un genre de la population. Lors des entretiens, les infirmières ont relevé une notion importante, qui a confirmé mon choix de ne travailler que sur les besoins de compréhension des femmes. Elles expliquent observer un « réel **manque de connaissances ... davantage chez la femme** » (IDE 2). De plus, les infirmières ont remarqué que les besoins de compréhension quant à **l'anatomie** étaient plus présents chez les femmes. Enfin, elles identifient « un **défaut d'éducation** autour du corps de la femme, **par la femme elle-même**, qui est assez criant » (IDE 1). Au-delà de ces **inégalités de genre** décrites, les professionnelles notent des **inégalités sociales**. Des besoins d'ordre social ou d'orientation (lorsque des femmes n'ont pas de médecin traitant et qu'elles ne savent pas où consulter, par exemple) peuvent être associés aux besoins de compréhension par les infirmières. Pour autant, il me paraît important de ne pas faire l'amalgame. Les femmes venant d'un milieu défavorisé ne sont pas les seules à avoir des besoins de compréhension dans le domaine de la santé reproductive.

1. La santé reproductive et les besoins des femmes

D'après le Ministère de la santé et de la prévention (2023) :

La santé reproductive implique la possibilité d'avoir une **sexualité responsable, satisfaisante et sûre** ainsi que la **liberté** pour les personnes de **choisir d'avoir des enfants** si elles le souhaitent ... [Elle] inclut la **contraception**, les **interruptions volontaires de grossesse** et la **prévention de l'infertilité** hors Assistance Médicale à la Procréation (AMP).

Les infirmières interrogées sont en accord avec cette définition et la résument à ce qui est « en lien avec la **reproduction souhaitée ou non** » (IDE 1).

Dans ce domaine, les soignantes notent davantage de lacunes quant aux processus biologiques, à l'anatomie, aux traitements et dispositifs médicaux et au parcours de la femme enceinte en générale. À la différence de la définition donnée par le Ministère, les infirmières voient également la santé reproductive par un versant lié à la PMA et notent également une lacune quant à ce dernier versant.

Finalement, de nombreuses composantes de la santé reproductive constituent une notion difficile pour les femmes. D'où l'intérêt d'avoir développé ces notions au sein du cadre théorique.

2. Les besoins de compréhension poussent-ils les femmes à agir ?

Nous évoquons au sein du cadre théorique que, selon le Trésor de la langue française (s.d.), cité par Paillard (2018), avoir un besoin donnait l'occasion à l'individu de tendre vers le désir puis l'action. De ce fait, la patiente ayant un **besoin de compréhension** aurait **envie de combler ce besoin** puis mettrait en place des **actions pour y parvenir**. Or, dans les faits, **toutes les patientes n'ont pas ce désir**. En effet, les soignantes interrogées évoquent rencontrer des **patientes désintéressées**, qui vivent avec leurs incompréhensions car cela ne les handicape pas. Ainsi, en tant que professionnels de santé, **nous ne pouvons pas agir auprès de l'ensemble de nos patientes**. Il faut respecter leur choix, car leur consentement libre et éclairé est attendu (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006). Dans ce cas, l'infirmier doit faire abstraction, accepter cette situation de refus. Cela n'est pas aisé car le **manque de connaissances** peut, malheureusement, amener à la **mise en danger des patientes** comme présenté au sein des situations d'appel ou comme l'a raconté l'IDE 1. Pour rappel, sa patiente a été prise en charge à plusieurs reprises pour des infections génitales hautes suite à des rapports sexuels à risque. A mon sens, dans le cadre d'une éventuelle mise en danger, nous pourrions, malgré tout, **persévérer pour tenter de protéger la patiente**, tout en respectant son non-consentement. Si elle n'est pas prête à recevoir des informations, nous pourrions lui **laisser une trace écrite** lui permettant d'y revenir lorsqu'elle sera prête. Nous développerons cette action par la suite.

3. Besoin de compréhension et besoin d'apprentissage, un lien illusoire

Dans d'autres cas, ces **besoins poussent**, en effet, les femmes à **agir**. Elles formulent parfois une demande directe et claire de **bénéficier d'aide pour comprendre**, comme expliqué au sein de l'analyse descriptive. Mais ces femmes qui présentent un besoin de compréhension ont-elles toutes un besoin d'apprentissage sous-tendu, comme évoqué au sein du cadre théorique ? Les professionnelles de santé sont claires : non. Elles précisent que ce **besoin d'apprentissage** existe mais **n'est pas systématique**. La première infirmière justifie cela en expliquant, une fois de plus, que **l'intérêt des patientes varient, influant** sur leur **volonté d'apprentissage**. Si nous reprenons l'exemple de prise en charge de l'infirmière 1, sa patiente souffrant d'infections génitales hautes est décrite comme « désintéressée ». De ce fait, l'apprentissage ne constituait pas un besoin prioritaire pour sa patiente.

4. L'éducation, une réponse possible aux besoins de compréhension

Pour répondre à ces besoins, nous avons largement étudié le concept d'**éducation**, au sein du cadre théorique, car les auteurs l'envisagent comme une **méthode efficace**, favorisant la **compréhension** puis la **mémorisation** du concept (Buttet, 2003). Dans ce sens, cet auteur précise même qu'il faudrait privilégier les **méthodes interrogatives** et **participatives** à la **méthode démonstrative**. Ainsi, nous pourrions penser que nous avons répondu à la question de départ de ce travail. Le rôle de l'infirmier-ère auprès de ces femmes consiste à les éduquer quant au domaine de la santé reproductive.

Or sur le terrain, il est impossible de nier la **composante temporelle** ; évoquée à maintes reprises par les infirmières interrogées. Les IDE doivent s'adapter en permanence au temps dont elles disposent. La première témoigne notamment de son expérience aux urgences où le « flux de patients » ne lui permet pas de « s'engager dans des séquences éducatives ». De ce fait, les soignants sont dans l'obligation de trouver d'autres alternatives. **L'éducation ne peut, finalement, pas être la seule réponse aux besoins de compréhension des femmes.** Le cadre théorique nous a, également, permis de comprendre que les besoins de compréhension liés aux besoins d'apprentissage pouvaient être comblés par le rôle éducatif infirmier. Or, lorsqu'ils ne coexistent pas, **l'éducation n'est, donc, pas la seule réponse possible.** Nous allons ainsi développer cet argument.

5. D'autres réponses possibles

5.1. Des actions relevant du rôle propre, entre théorie et pratique

L'objectif des entretiens était de comprendre quelles étaient les actions réelles des infirmières interrogées, représentant alors la profession. Or, dans le cadre de ce travail, seules les actions relevant du rôle propre nous intéressent. Ainsi, il était pertinent d'étudier la définition du rôle propre infirmier puis de la confronter à celles des professionnelles afin de développer par la suite des actions mises en place, relevant réellement de ce rôle propre.

Pour rappel, nous avons expliqué au sein du cadre conceptuel que le rôle propre désignait « les actions infirmières mises en place en ... autonomie ... à partir de **diagnostic infirmiers** » (Paillard, 2018, p. 368). Ce rôle propre s'applique à l'ensemble des individus et non pas seulement aux personnes malades (CII, s.d. cité par Paillard, 2018, p. 368). L'auteure (Paillard, 2018) nommait trois composantes principales à ce rôle : la **promotion**, la **prévention** et **l'éducation**.

Tout comme Paillard, les infirmières ont nommé **l'éducation** ainsi que la **prévention** comme des piliers de leur rôle propre. Elles relèvent également **l'accompagnement** et **l'information** au détriment de la **promotion** qui n'a pas été nommée en tant que telle. Or, d'après la circulaire n° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé, **l'éducation** pour la santé « s'inscrit dans une politique de **promotion de la santé** telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé en 1986, dans la charte d'Ottawa. ». Ainsi, les professionnels peuvent ne pas avoir le sentiment de promouvoir la santé alors qu'ils mettent en œuvre d'autres actions qui vont, pourtant, dans ce sens. Grâce aux différents apports, j'ai pu comprendre qu'expliquer aux femmes comment fonctionne leur cycle menstruel et l'intérêt de la contraception relève des 3 composantes. Il est possible que cela soit de **l'éducation**, de la **promotion** car il s'agit bien de « donner aux individus davantage de **maîtrise de leur propre santé** et davantage de **moyens de l'améliorer** » (Charte d'Ottawa, 1986 citée par la HAS, s.d. , p. 4). Enfin, cette action peut s'inscrire dans une démarche de **prévention**. Dans le cadre d'un non désir de grossesse, comprendre le fonctionnement de son corps et l'intérêt de sa contraception peut permettre à la femme, au couple de prévenir la survenue d'une grossesse non désirée voire d'une IVG.

5.2. Commencer par identifier le besoin, poser un diagnostic infirmier

Comme expliqué précédemment, les actions ne peuvent être envisagées sans avoir établi un **diagnostic infirmier**. Ainsi, la première étape pour les infirmiers est d'**identifier un besoin de compréhension** chez une patiente. Poser un diagnostic infirmier est enseigné lors de la formation initiale. En effet, dans le cadre de la compétence 5 « Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs » (Weber, 2009, p. 11), les étudiants infirmiers abordent la notion d'**observation** des attitudes, des comportements et des habitudes de vie (Weber, 2009), alors indispensable à l'observation de lacunes dans le domaine de la santé reproductive. Les professionnelles interrogées le confirment. Elles ont noté quatre méthodes, que nous avons détaillé au sein de l'analyse descriptive des entretiens : le **demande directe** venant de la patiente, l'**identification** au décours de l'**échange oral** ou au cours d'**activités de soin**, et l'identification grâce à des **ressources matérielles** (comme un questionnaire) où les soignants peuvent observer, détecter des lacunes.

5.3. Composer des activités grâce à l'adaptabilité de l'IDE

Après avoir décelé un besoin de compréhension, il faut mettre en place des actions pour y répondre. Mais les soignants ne réalisent pas les mêmes actes de manière répétitive. Ils **s'adaptent à la patiente**. Nous avons rappelé au sein du cadre théorique que « l'action éducative n'a[vait] d'intérêt que si elle répond[ait] aux attentes du patient » (Weber, 2009, p. 11). Mais comme le précisent les IDE interrogées, cela est valable pour l'ensemble des activités mises en œuvre. Tout comme les activités d'éducation, celles de promotion et de prévention doivent être personnalisées. Les soignantes expliquent d'ailleurs que l'idéal est de repartir « de la vision de la patiente » (IDE 1) puis de proposer différentes méthodes pour qu'elle puisse se saisir de celle qui lui convient le mieux (IDE 2).

Ainsi, le **temps**, décrit comme un **gage d'efficacité** par les infirmières, ne l'est pas seulement car il permet la **mise en place d'un travail approfondi**, il permet également aux soignants de pouvoir **appréhender réellement la patiente** dont ils prennent soin et peuvent ainsi proposer des actions singulières et personnalisées. A mon sens, au fur et à mesure des jours, nous pouvons nous rendre compte d'un trait de caractère que nous n'avions pas observé au début de notre prise en charge et ainsi réaliser des ajustement dans le travail que nous mettons en place avec la patiente. Ce temps laisse place à une analyse plus fine des patients. Malheureusement, comme le soulignent les IDE, elles manquent de temps. Elles s'adaptent alors et tentent de faire au mieux. **L'analyse de la patiente puis le travail mis en œuvre se voient condensés**. Pour autant, dans l'idéal, il faudrait parvenir à **préserv**, au maximum, la **qualité** du travail. Dans cet objectif, l'**optimisation du temps** semble alors cruciale dans notre exercice. En effet, **connaître en amont des actions éventuelles permettrait de se concentrer sur leur personnalisation selon notre patiente et le temps dont on dispose**. Nous allons donc détailler des actions concrètes développées par les soignantes.

5.4. Des exemples d'activités

Les infirmières décrivent des actions orales telles que l'**information** et la **reformulation**. Or, Buttet (2003) précisait que les soignants informaient fréquemment les patients, ne signifiant pas que les données transmises étaient mémorisées et comprises. Pourtant, Weber (2009), qui décrit la compétence 5 travaillée lors de la formation initiale, explique en quoi cela consiste. La mise en œuvre de soins éducatifs et préventifs se compose de 6 notions principales, notamment de la **transmission d'informations** et du **conseil**. Ainsi, pour moi et ma projection professionnelle, même si certains auteurs peuvent les remettre en question, ces actions sont décrites au sein du référentiel et ne peuvent être niées. Elles font partie intégrante de notre profession. Elles répondent, de par leur simplicité de mise en place, à la contrainte temporelle. En plus d'être efficace et rapide, informer peut permettre d'attiser la curiosité des patientes. En effet, nous transmettons certaines notions puis les femmes peuvent les approfondir, par la suite, si elles en ressentent le besoin ou l'envie.

Les soignantes détaillent également des **actions visuelles**, avec la **communication non-verbale** telle que le **mime**. Ce type d'action relève également de la **transmission d'informations** et du **conseil** de la compétence 5 développé ci-dessus (Weber, 2009). L'avantage de cette action est qu'elle répond à la **contrainte de la barrière de la langue**. Cette dernière est décrite par les infirmières comme un réel **obstacle** qui les met en difficulté pour répondre à des besoins de compréhension dans le domaine de la santé reproductive. Le mime et la démonstration par le geste peuvent présenter des limites lorsqu'il s'agit d'un besoin de compréhension complexe. Les gestes peuvent malheureusement ne pas suffir. Les infirmières se saisissent alors de ressources qui s'offrent à elles. En effet, l'hôpital dispose d'interprètes mais pour d'autres structures ne proposant pas ces services, il existe des applications disponibles sur téléphone, qui permettent la traduction de termes de santé reproductive. Elles proposent également des pictogrammes qui illustrent les notions. Nous avons, aujourd'hui, la chance de pouvoir profiter de certaines ressources existantes grâce aux avancées technologiques. A mon sens, il est indispensable de s'en saisir.

Les **schémas** font également partie des **actions visuelles** mises en place fréquemment par les IDE. Réaliser un schéma présente de nombreux avantages. Tout d'abord, il s'agit d'une méthode relevant également de la **transmission d'informations** décrite premièrement par Weber (2009). Il est également possible de la mettre en place quel que soit le contexte et l'environnement. Les IDE racontent utiliser des bouts de papiers en chambre, par exemple. Enfin, cette méthode n'est pas seulement démonstrative mais peut être **participative** et **interrogative** comme le préconise Buttet (2003) pour **favoriser la compréhension**. En tant qu'étudiante et future infirmière, j'aurais à cœur de demander à la patiente de réaliser le schéma que nous lui avons proposé selon son point de vue ou selon ce qu'elle en retient, par exemple. Il est aussi possible de réaliser un schéma anatomique et de demander à la patiente de pointer sur son corps ce que nous sommes en train de représenter.

Comme nous le détaillions au début de cette discussion, les IDE interrogées proposent et laissent aux patientes une **trace écrite** recensant les notions abordées, qui faisaient l'objet de lacunes. Il existe des plaquettes sous forme de prospectus qui abordent la grossesse extra-utérine, par exemple. Cela permet à la patiente d'y **revenir en aval** et donc d'avoir le temps de **cheminer**. Cette mesure s'inscrit dans la démarche **d'éducation pour la santé** car selon la circulaire n°2001-504 du 22 octobre relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé : « L'éducation pour la santé ... se fonde sur des relations humaines ... un travail d'accompagnement, de **cheminement** avec les personnes concernées. ».

Cette circulaire précise également que l'**accompagnement** est un pilier de la **démarche éducative**. En tant que future professionnelle et après avoir mené les entretiens avec les infirmières, il semble être un **pilier** de l'ensemble des composantes du rôle propre ; de la **promotion** ainsi que de la **prévention**. Elles estiment d'ailleurs que l'accompagnement est une composante, en tant que telle, du rôle propre de l'IDE. Dans cette démarche, elles notent d'autres actions comme accompagner les patientes dans des démarches concrètes; telles que des achats, des prises de rendez-vous, et cetera. Enfin, les IDE ont mis en exergue la possibilité et la chance de pouvoir accompagner nos patientes aux côtés de l'ensemble des professionnels de l'équipe ; en tant qu'équipe pluridisciplinaire.

Pour conclure, l'infirmière 1 affirme mettre en place des actions **d'éducation**, même si elles ne sont pas toujours formelles.

5.5. Les indispensables : des connaissances et des qualités soignantes

Pour mettre en place ces actions (ou d'autres) permettant de combler un besoin de compréhension, les infirmières interrogées ont expliqué qu'il était indispensable de détenir des **connaissances** et d'avoir des **qualités soignantes**.

Paillard (2018) le confirme et explique que « la **démarche éducative suppose d'avoir acquis des connaissances** ... sur les contenus de ce que l'on veut enseigner » (p. 168). Comme vu précédemment, il s'agit d'une compétence travaillée au sein de la formation initiale. Certaines unités d'enseignements abordent, par exemple, l'anatomie des organes génitaux. Les infirmières puisent d'ailleurs dans leurs acquis provenant de l'institut de formation pour répondre à des besoins qu'elles qualifient de simples. Malheureusement, elles trouvent ces apports **insuffisants** dès lors que la lacune est **complexe**. Elles s'appuient, donc, sur des apprentissages faits sur le terrain mais sont dans l'obligation de bénéficier de formations continues et de réaliser des recherches personnelles. Ainsi, même une fois diplômée, j'ai conscience que le métier d'infirmier implique de s'informer tout au long de sa carrière pour pouvoir accompagner au mieux nos patientes et d'optimiser nos prises en soin. D'où l'intérêt de définir ces notions au sein du cadre théorique. Les patientes ayant des lacunes plus importantes dans les domaines que nous avons détaillé auparavant, nous nous devons d'avoir des connaissances sur ces sujets ; tels que les processus biologiques, les traitements ou autres.

Le deuxième pré-requis mis en exergue par les IDE (les qualités soignantes) est validé par des textes réglementaires. En effet, une fois de plus, la circulaire n°2001-504 du 22 octobre relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé précisait que « **l'éducation pour la santé ... se fonde sur des relations humaines** ». Les IDE évoquent l'empathie, le respect, la capacité à communiquer, l'humilité quant à ses savoirs, l'intelligence de l'autre et la capacité à établir une relation soignant-soigné de confiance. Elles expliquent, d'ailleurs, qu'il est **impossible d'aborder** le sujet de la santé reproductive **sans avoir établi une relation de confiance** avec la patiente car nous rentrons dans **l'intime**.

Les infirmières ont notamment relevé l'importance de la mise en place de cette **relation de confiance** avec les **patientes victimes de violences**, quelles qu'elles soient. L'IDE 2 expliquait au sein de l'entretien que ces femmes, comme toutes les patientes, ont des réactions différentes : « certaines vont être très libérées. On peut parler de tout et elles sont en quête de réponses. Ou au contraire, des dames très fermées ... En fait, il faut commencer par avoir une relation établie pour pouvoir aborder ces notions » (IDE 2). A mon sens, le risque serait d'avoir peur, en tant que professionnel, d'aborder des notions de santé reproductive de peur d'être confronté à une patiente fermée suite aux traumatismes vécus. Il est vrai que nous n'apprenons pas, au cours de notre formation initiale, à accueillir, à prendre en soin ces femmes. Mais à notre échelle, garder en tête cette notion d'adaptabilité, développée précédemment, se présente comme une piste intéressante. Nous évoquons le fait d'adapter nos actions à nos patientes, de les personnaliser afin que cela leur corresponde au mieux après avoir établi une relation de confiance. J'estime que cela s'applique également dans le cadre de la prise en soin de femmes victimes de violences ou d'abus. Au fur et à mesure, de la prise en charge nous allons réussir à savoir si la patiente est ouverte ou bien fermée sur certains sujets, si oui lesquels, ...

Par ailleurs, la notion d'**intimité** est également revenue quand nous avons évoqué le **ressenti des professionnelles** lorsqu'elles mènent des activités de soins dans le domaine de la santé reproductive. Les infirmières ont expliqué se sentir, parfois, trop **intrusives**. Cela m'a amené à me questionner quant à notre propre rapport à la santé reproductive. En effet, en étant soignant, nous entrons fréquemment dans la sphère intime du patient sans nous poser davantage de questions. Notamment lors de soins tels que les toilettes ou des sondages urinaires. Ainsi, nous sentir intrusif pourrait révéler un malaise émanant de notre propre rapport à cette notion. Tous les soignants peuvent ne pas se sentir à l'aise pour aborder ces sujets. Nous sommes tous riches de notre singularité, de notre éducation. De ce fait, nous avons tous notre vision ; nos **idées**, certaines probablement **reçues** ainsi que des **représentations**. Or, afin de préserver une relation de respect mutuel et de non-jugement, il me paraît primordial de parvenir à déconstruire nos propres représentations. Dans ce sens, continuer à s'éduquer soi-même semble, une fois de plus, indispensable. Il me paraît nécessaire d'être en capacité d'accompagner et d'éduquer nos patientes sans les orienter, selon nos propres convictions. Enfin, dans l'optique de ma première prise de poste, un questionnement m'est apparu quant à la juste proxémie. En effet, comment

avoir la juste distance quand on aborde des notions si intimes, comme les qualifient les IDE ? En étant une femme, il est important pour moi de réussir à se préserver et à ne pas vivre le cheminement de la patiente comme si nous étions à sa place.

6. L'impact des actions infirmières

Théoriquement, l'éducation vise à **autonomiser** et à **responsabiliser** le patient (Buttet, 2003). Mais dans les faits qu'en est-il ? Les infirmières confirment observer ce gain en **autonomie** après avoir comblé le besoin de compréhension de la patiente. Elles notent, par ailleurs, un changement du rapport au corps.

De mon point de vue, combler un besoin de compréhension signifie, au sens littéral, que la patiente comprend mieux une notion problématique. Ainsi, cette nouvelle et meilleure compréhension des choses permet à la patiente de faire des **choix éclairés** dans ce domaine. En effet, si l'on doit se positionner sur un thème de la santé reproductive sans le comprendre, il s'agit d'un choix à l'aveugle. Tandis qu'une fois la compréhension atteinte, la patiente fera des choix en connaissances de causes. Pour moi, **mieux comprendre signifie pouvoir décider librement**.

Reprenons l'exemple raconté par l'infirmière 1 qui expliquait prendre en charge une patiente qui répétait des comportements sexuels à risque mais qui ne voulait pas comprendre davantage de choses sur la situation. Je pense que permettre à cette patiente de saisir l'intérêt d'une contraception, les risques engendrés par des rapports sexuels non protégés et le lien avec ses infections génitales hautes revient à lui donner une liberté et un pouvoir de décision. Après les avoir compris, la patiente est libre de faire ses choix, mais ils seront faits en connaissance de cause.

Dans un autre versant, l'infirmière exerçant aux urgences précise qu'elle ne peut pas toujours apprécier la conséquence de ses actions du fait de la temporalité courte de ce service. Dans ce contexte, je trouve qu'il est difficile d'évaluer l'efficacité de ses actions. Après avoir informé, schématisé ou laissé une trace pour permettre à une patiente de comprendre, il n'est pas aisé de se dire que notre technique a bien fonctionné, que nous pourrions la reproduire mais en modifiant un aspect, par exemple. Un avantage des services réside donc dans cette possibilité d'apprécier l'efficacité de notre travail auprès d'une patiente ayant un besoin de compréhension dans le domaine de la santé reproductive.

Ce mémoire nous a permis une réflexion à propos de différentes notions. Deux m'ont particulièrement marquée. Tout d'abord, l'incompréhension peut induire une mise en danger. De plus, nous avons sûrement tous des représentations, des idées reçues et des convictions dans ce domaine. Ainsi, de ce travail a émergé la question de recherche suivante : « **Dans quelles mesures la déconstruction des représentations infirmières peut-elle contribuer à la prévention des risques dans le domaine de la santé reproductive ?** ».

Conclusion

Pour conclure, deux situations vécues au cours de mes stages infirmiers avaient fait émerger différents questionnements, me permettant de les envisager comme point de départ de ce travail d'initiation à la recherche. Le point commun de ces situations résidait dans des difficultés de compréhension quant aux processus biologiques, à la contraception. De ce fait, nous avons travaillé à partir de la question de départ « quel est le rôle de l'infirmier-ère auprès de femmes hospitalisées en soins généraux présentant un besoin de compréhension dans le domaine de la santé reproductive ? ». Afin de préciser cette question, nous avons défini de nombreuses notions telles que le rôle propre de l'infirmier, la femme dans son anatomie et dans ses processus biologiques, les besoins de compréhension ou encore la santé reproductive au sein du cadre théorique. De ce cadre théorique, nous avons rédigé un guide d'entretien permettant la discussion avec deux infirmières de gynécologie. Au cours de ces entretiens, nous avons pu aborder des notions qui ne sont pas développées dans la littérature. Notamment, les pré-requis nécessaires à la réponse aux besoins de compréhension des femmes, les ressources ou encore les obstacles rencontrés. Puis, au sein de la discussion, nous avons pu confronter les données des entretiens à celle du cadre théorique. De cette discussion, nous pouvons faire émerger de nombreux résultats.

Tout d'abord, les incompréhensions peuvent mener à de potentielles mises en danger. Or toutes les femmes ne veulent pas, pour autant, comprendre. Malgré tout, pour celles qui souhaitent que nous répondions à leur besoin de compréhension, l'éducation n'est pas la seule réponse possible. En effet, les soignants composent autour d'actions telles que l'information, le conseil. Pour se faire, ils mettent en œuvre différentes techniques et les adaptent selon le temps dont ils disposent et selon la patiente. Or, pour pouvoir y répondre, les soignants doivent avoir des connaissances dans le domaine de la santé reproductive. La formation initiale ne semble pas suffisante pour aborder des lacunes complexes. Les IDE sont dans l'obligation de faire des recherches personnelles, de continuer à se former à la suite de leur diplôme. Les connaissances ne suffisent pas à solutionner les problèmes de leur patiente, en effet, établir une relation de confiance avec la personne soignée semble primordial. Enfin, déconstruire ses propres représentations quant aux notions de la santé reproductive apparaît comme essentiel pour accompagner au mieux nos patientes. Enfin, répondre aux besoins de compréhension des femmes dans le domaine de la santé reproductive leur permet une prise d'autonomie. Mieux comprendre leur donne la possibilité de faire des choix éclairés et de décider librement. Ainsi, il est intéressant de se demander dans quelles mesures la déconstruction des représentations infirmières peut-elle contribuer à la prévention des risques dans le domaine de la santé reproductive ?

Ce travail d'initiation à la recherche s'est montré passionnant. Malgré tout j'ai pu rencontrer quelques difficultés. Lors de la rédaction de la discussion, j'ai trouvé difficile de sélectionner les informations que je voulais faire ressortir. En effet, en ne développant que les données significatives, j'avais le

sentiment de gâcher une partie du travail que j'avais fait en amont. De plus, j'ai trouvé difficile le début de la rédaction de chaque partie. Je voulais, en effet, que ce que j'écrive corresponde réellement aux attendus.

J'ai eu la chance de traiter un sujet qui me passionne et pour lequel je porte beaucoup de convictions. Les articles que j'ai pu lire dans le cadre de la rédaction du cadre théorique m'ont passionnée. La rédaction, étant un exercice que j'ai plutôt tendance à apprécier, a donc toujours été enrichissante. J'ai donc décidé de me saisir de l'opportunité que représente ce travail pour réaliser un cadre conceptuel fiable et riche. En effet, y sont recensées à la fois les notions nécessaires à la réflexion puis à la rédaction de la discussion mais également celles indispensables à la compréhension des infirmiers, eux-mêmes, pour avoir aborder ces sujets avec les personnes soignées. Comme expliqué au sein de la discussion, la connaissance des infirmiers est requise pour répondre aux besoins des femmes. Ainsi, ce mémoire est également une ressource sur laquelle je pourrai me baser pour accompagner mes futures patientes. Elle permet de comprendre ce qu'est la santé reproductive, quelle est l'anatomie de la femme, et cetera. Malgré tout, ces sujets, pour la plupart d'actualité, pourront être modifiés. Il faudra alors les actualiser.

Ce MIRSI m'a donc appris de nombreuses choses que je pourrais mettre en pratique une fois diplômée, comme le fait de personnaliser nos actions selon la femme dont nous prenons soin. De plus, j'aurais à l'esprit que même avec peu de temps, il est possible d'intervenir auprès de notre patiente. Nous ne parviendrons pas toujours à créer une séquence éducative, mais les informations que nous pourrions transmettre seront déjà conséquentes. Enfin, j'ai à cœur de continuer à m'informer, à m'éduquer sur différents sujets afin d'avoir conscience de mes potentielles représentations pour accompagner au mieux mes patientes.

Bibliographie

Andine, J.P. & Sindicic, L. (2022). *Manuel pour une fertilité émancipée*. Hachette.

Art. L2214-2 du Code de la Santé Publique du 22 juin 2000

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687552

Art. R4311-1 du Code la Santé Publique du 8 août 2004

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913888

Art. R4311-2 du Code de la Santé Publique du 8 août 2004

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913889

Art. R4311-5 du Code de la Santé Publique du 26 juillet 2021

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043856893

Art. R4311-15 du Code la Santé Publique du 8 août 2004

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913903

Art. R4312-29 du Code de la Santé Publique du 8 août 2004

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913933/2004-08-08

Art. 25 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948

https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/frn.pdf

Assurance Maladie. (2023). *Comprendre les changements à la puberté*.

<https://www.ameli.fr/Ille-et-vilaine/assure/sante/themes/puberte/comprendre-mecanismes-puberte#:~:text=La%20pubert%C3%A9%20est%20un%20moment,et%20acquiert%20plus%20d'autonomie.>

Assurance maladie. (2023). *Comprendre l'infertilité*.

<https://www.ameli.fr/Ille-et-vilaine/assure/sante/themes/sterilite-pma-infertilite/comprendre-sterilite>

Assurance maladie. (2023). *Droit de prescription des infirmiers*.

<https://www.ameli.fr/Ille-et-vilaine/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/droits-prescription/droit-prescription-infirmiers#:~:text=4311%2D1%20du%20Code%20de,ministre%20charg%C3%A9%20de%20la%20Sant%C3%A9.>

Balthazart, J & Toussaint, J. F. (2019). *Les différences hommes, femmes : entre biologie, environnement et société*. <https://insep.hal.science/hal-02926415/document>

Buttet, P. (2003). Le concept d'éducation pour la santé centrée sur le patient. *Recherche en soins infirmiers*, 73, 41-48

Centre national de coordination des addictions. (2021). *Incidence et prévalence*. Info Drog.

<https://www.infodrog.ch/fr/ressources/lexique-de-la-prevention/incidence-et-prevalence.html>

Circulaire n° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé. (2001). (Non paru au JORF).

<https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-46/a0463058.htm>

Environnements favorables à la santé. (s.d.). *La promotion de la santé*.

<https://www.environnements-sante.ch/approfondir/la-promotion-de-la-sante/#:~:text=Le%20terme%20de%20pr%C3%A9vention%20est,une%20alimentation%20%C3%A9quilibr%C3%A9e%20par%20exemple.>

Gouvernement. (2022). *L'IVG étape par étape*.

<https://ivg.gouv.fr/ivg-etape-par-etape>

Gouvernement. (2023). *Après l'IVG*.

<https://ivg.gouv.fr/apres-ivg/#:~:text=majeure%20ou%20mineure.-,Y%20a%2Dt%2Dil%20des%20cons%C3%A9quences%20psychologiques%20apr%C3%A8s%20une%20IVG,origine%20de%20troubles%20psychologiques%20sp%C3%A9cifiques.>

HAS. (2013). *Éducation thérapeutique du patient (ETP)*.

https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

HAS. (s.d.). *Présentation générale*.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf

Institut national de la statistique et des études économiques. (2023). *Population par sexe - données annuelles de 1990 à 2023*. Insee.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381466#:~:text=Lecture%20%3A%20au%201%EB5%89%CA%B3%20janvier%202023,et%2032%20920%20000%20hommes.>

Larousse. (s.d.). *Appareil génital féminin*.

https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/appareil_g%C3%A9nital_f%C3%A9minin/13291

Larousse. (s.d.). *Éducation*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9ducation/27867>

Larousse. (s.d.). *Femme*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/femme/33217#33141>

Ministère de la Santé et de la prévention. (s.d.) *Guide du service de soins infirmiers*.

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_service_de_soins_infirmiers.pdf

Ministère de la santé et de la prévention. (2023). *Santé reproductive*.

<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-reproductive>

Ministère de la santé et de la prévention. (2023). *Santé sexuelle*.

<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>

Ministère de la Santé et des Solidarités. (2006). *Charte de la personne hospitalisée*.

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (1946). *Constitution*.

<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>

Paillard C. (2018) Dictionnaires des concepts en sciences infirmières (4ème éditions) – SETES

La Langue Française. (s.d). *Orthogénie*.

<https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/orthogenie>

Le Parisien. (s.d.). *Citation Célèbre*.

<https://citation-celebre.leparisien.fr/citations/271652>

Le Robert. (s.d.). *Bien-être*.

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/bien-etre>

Le Robert. (s.d.). *Gestation*.

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/gestation>

Le Robert. (s.d.). *Intelligible*.

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/intelligible>

Le Robert. (s.d.). *Ovulation*.

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/ovulation>

Le Robert. (s.d.). *Promotion*.

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/prevention>

Le Robert. (s.d.). *Reproduction*.

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/reproduction>

Santé publique France. (s.d.). *La contraception qu'est ce que c'est ?*. Question sexualité.

<https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/ma-contraception-et-moi/la-contraception-qu-est-ce-que-c-est>

Santé publique France. (s.d.). *Le diaphragme : comment ça marche ?*. Question Sexualité.

<https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/tous-les-modes-de-contraception/le-diaphragme-comment-ca-marche>

Santé publique France. (s.d.). *Le DIU - Dispositif Intra Utérin (Stérilet) : comment ça marche ?*.

Question Sexualité.

<https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/tous-les-modes-de-contraception/le-diu-dispositif-intra-uterin-sterilet-comment-ca-marche>

Santé publique France. (s.d.). Question Sexualité. <https://questionsexualite.fr/>

Schwegler, J. Lucius, R. (2013). *Le corps humain : anatomie et physiologie*. Maloine.

Service Public. (2022). Exercice de l'autorité parentale.

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3132#:~:text=Quels%20sont%20les%20devoirs%20des,%C3%A0%20vis%20de%20leur%20enfant%20%3F&text=Les%20parents%20doivent%20veiller%20sur,relations%20et%20ses%20d%C3%A9placements...>

Soins infirmiers en gynécologie, obstétrique et maternité. (2007). ESTEM.

Vie Publique. (2024). *Loi constitutionnelle du 8 mars 2024 relative à la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse*.

<https://www.vie-publique.fr/loi/292357-liberte-recours-ivg-dans-la-constitution-avortement-loi-du-8-mars-2024#:~:text=La%20loi%20inscrit%20dans%20la,de%20cette%20libert%C3%A9%20en%20France.>

Weber, M.T. (2009). Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs. *Revue Soins* 737, 11-12

Les annexes

Annexe I - Profil en coupe de l'appareil reproducteur féminin et des structures associées.....

Annexe II - Schéma des organes génitaux féminins.....

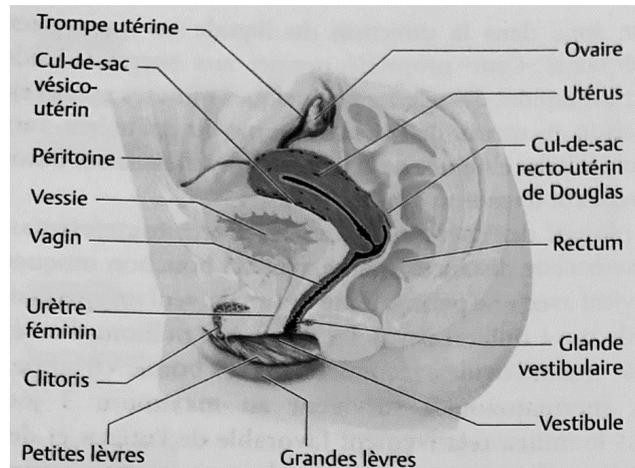
Annexe III - Guide d'entretien.....

Annexe IV - Entretien n°1.....

Annexe V - Entretien n°2.....

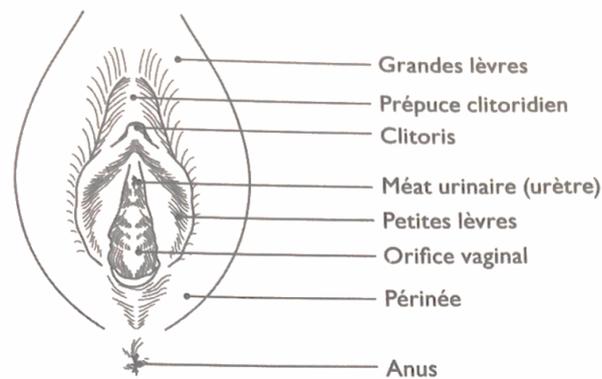
Annexe VI - Tableaux d'analyse des entretiens.....

Annexe I - Profil en coupe de l'appareil reproducteur féminin et des structures associées



Tiré de : Schwegler, J. Lucius, R. (2013). *Le corps humain : anatomie et physiologie*.

Annexe II - Schéma des organes génitaux féminins



Tiré de : *Soins infirmiers en gynécologie, obstétrique et maternité*. (2007). ESTEM

Annexe III - Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Clara Salvan. Je suis étudiante infirmière en 3e année à l'IFSI de Pontchaillou. Je rédige mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers sur le thème de la santé reproductive. Il aborde le rôle de l'infirmier auprès des femmes qui ont des besoins de compréhension dans ce domaine. Merci de prendre le temps de réaliser cet entretien. Cet entretien est entièrement anonyme. M'autorisez-vous à ce que je l'enregistre pour que je puisse le retranscrire par la suite ? Cet enregistrement sera par la suite détruit.

Thèmes	Objectifs	Questions	Questions de relance
Expérience professionnelle	Identifier les caractéristiques de la personne interrogée ainsi que son expérience	Pouvez-vous vous présenter ?	<ul style="list-style-type: none"> - Depuis combien de temps êtes-vous infirmier/infirmière ? - Quel est votre parcours ? Dans quels autres services avez-vous travaillé ? - Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ? Est-ce un choix ?
Le rôle infirmier	Faire émerger une définition du rôle propre infirmier par les professionnels	Selon vous, quelles sont les différentes composantes du rôle propre infirmier ?	<ul style="list-style-type: none"> - Ainsi, dans le cadre de votre rôle propre, quelles activités de soin menez-vous auprès des femmes, au sein du service de gynéco-plastie // d'urgences gynécologiques ? - Avez-vous le temps de mettre en œuvre ces actions ?
La santé reproductive	Identifier la définition de la santé reproductive les IDE interrogés	Pour vous, qu'est ce que la santé reproductive ?	<ul style="list-style-type: none"> - A quoi associez-vous la santé reproductive? - Selon vous, quelle est la différence entre la santé reproductive et la santé sexuelle ?

<p>Les besoins de compréhension</p>	<p>Identifier les besoins de compréhension prépondérants des femmes dans le domaine de la santé reproductive</p>	<p>Dans le cadre de votre rôle propre et dans le domaine de la santé reproductive, quels sont les besoins prioritaires des femmes ?</p>	<p>- Dans quel domaine de la santé reproductive les femmes présentent-elles un besoin de compréhension plus important ?</p> <p>- Rencontrez-vous fréquemment des femmes qui ont des besoins de compréhension dans ce domaine ?</p>
<p>Le rôle infirmier</p>	<p>Identifier les éléments et les méthodes permettant l'identification du besoin par les professionnels</p>	<p>Avez-vous déjà été confronté à une situation où une patiente présentait un besoin de compréhension dans le domaine de la santé reproductive ?</p>	<p>- Comment avez-vous identifié ce besoin ?</p> <p>- Qu'est-ce qui vous permet d'identifier ces besoins ?</p> <p>- Qu'est-ce qui vous interpelle ? Quels sont les indicateurs ?</p>
	<p>Identifier les actions mises en oeuvre par les IDE pour répondre aux besoins de compréhension</p> <p>Identifier les prérequis nécessaires aux IDE pour mettre en place ces actions, ainsi que leurs ressources</p> <p>Identifier les obstacles à la mise en oeuvre de ce rôle infirmier</p>	<p>Une fois le besoin de compréhension identifié, comment avez-vous répondu à son besoin ?</p>	<p>- Quelles autres actions pouvez vous mettre en oeuvre ?</p> <p>- Comment parvient-on à mettre en place ces actions ?</p> <p>- Quelles compétences infirmières sont nécessaires à la mise en place de ces actions ?</p> <p>- Comment avez-vous appris à mettre en place des actions infirmières pour répondre à ces besoins ?</p> <p>Quand s'est déroulé cet apprentissage ?</p> <p>- Avez-vous eu l'impression d'avoir répondu au besoin de la patiente ?</p> <p>- Comment vivez-vous ce type de situation ?</p> <p>- Qu'est ce qui vous est nécessaire pour pouvoir répondre aux besoins de la personne concernée ?</p> <p>- Quelles sont vos ressources ? (humaines, matérielles, ...)</p>

	Identifier le ressenti du professionnel face à des situations de réponse à des besoins de compréhension		<ul style="list-style-type: none"> - Quels peuvent-être les obstacles rencontrés ? Les difficultés ? - De quoi auriez-vous besoin dans ce genre de situation ?
La santé reproductive et la femme	Déterminer les facteurs nécessaires à l'appréhension de la santé reproductive et de la femme	Selon vous, qu'est-ce qui est nécessaire pour pouvoir aborder précisément le thème de la santé reproductive avec les patientes?	<ul style="list-style-type: none"> - Quels seraient les pré-requis nécessaires à l'IDE ? Quelles compétences infirmières semblent utiles pour pouvoir aborder ce sujet avec les patientes ? Comment se développent-elles ? - Et si nous n'avons pas, nous-mêmes, assez de connaissances dans ce domaine, comment peut-on faire ? - Qu'est ce qui vous semble à éviter ?
Le besoin de compréhension	Identifier les conséquences de la réponse aux besoins de compréhensions des femmes dans le domaine de la santé reproductive	<ul style="list-style-type: none"> - Les patientes rencontrées ayant un besoin de compréhension ont-elles d'autres besoins ? - Une fois ces besoins comblés, qu'observez-vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Les patientes formulent-elles de nouveaux besoins ? - Observez-vous des changements de comportements ? De quelle nature sont ces changements ?

Voulez-vous ajouter quelque chose ? Je vous remercie d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. Je vous rappelle que cet entretien est anonymisé. Merci à nouveau

Annexe IV - Entretien n°1

Moi : Bonjour, je m'appelle Clara Salvan. Je suis étudiante infirmière en 3e année à l'IFSi de Pontchaillou. Je rédige mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers sur le thème de la santé reproductive. Il aborde le rôle de l'infirmier auprès des femmes qui ont des besoins de compréhension dans ce domaine. Merci de prendre le temps de réaliser cet entretien. Cet entretien est entièrement anonyme. M'autorisez-vous à ce que je l'enregistre pour que je puisse le retranscrire par la suite ? Cet enregistrement sera par la suite détruit.

Moi : Pouvez-vous vous présenter ?

IDE 1 : Donc moi je suis *****. Je suis infirmière depuis 2015 ; dans le service de gynéco-plastie également depuis 2015 avec 2 mois passés de nuit dans le service que de gynéco ; parce qu'avant le service de plastie de gynéco était deux services différenciés. Je tourne depuis quasiment septembre 2015 sur les deux services et aux urgences gynéco depuis à peu près le même temps donc depuis 9 ans bientôt. Je n'ai fait que de la gynéco-plastie dans ma carrière.

Moi : Etait-ce un choix ?

IDE 1 : C'était au début une découverte grâce à mon stage prépro, un coup de cœur, et ensuite je suis restée ; par chance aussi.

Moi : Selon vous, quelles sont les différentes composantes du rôle propre infirmier ?

IDE 1 : Il est riche. Les différentes composantes, chez nous on en a quand même beaucoup que ce soit au niveau relationnel déjà on a tout un rôle d'accompagnement, je pense. Notamment en chirurgie où l'accompagnement médical, des fois, peut être un petit peu, pas défectueux, mais où le temps n'est pas forcément laissé à la psychologie ; voilà. Donc on a quand même un temps d'écoute qui est vraiment important, de reformulation je pense par rapport à ce qui est expliqué, parfois aux patientes, notamment en gynéco, par les médecins. Je pense que le regard infirmier est important. Le rôle propre, chez nous, c'est aussi par rapport à l'alimentation, aux consignes post opératoires qui, pareil, des fois sont balayées un petit peu rapidement par les médecins ; que ce soit après les laparo ([laparotomie]), par exemple en lien avec la reprise du transit, les vêtements post-opératoires, je pense à la gaine et cetera : les choses qui pour les médecins sont, je pense, logiques.

Moi : Elles ne se rendent pas forcément compte de la gaine.

IDE 1 : Pour les patientes, je pense que l'important, au début, c'est le cancer ou bien la problématique aiguë et puis après y a tous les à côtés qu'entraînent la chirurgie, qui sont vus dans un second temps. On rencontre aussi, dans le service, des situations où notre rôle propre va prendre une tournure plus d'éducation, de prévention. Comme je te disais, avec tout ce qui est autour du vêtement de la gaine.

On a de temps en temps de l'éducation thérapeutique autour des auto-sondages, que ce soit postopératoires parce qu'il y a eu un soucis quelconque au décours de la chirurgie ; ça peut aussi concerner les patientes atteintes d'endométriose, s'il y a des résections utéro sacrées, quelques fois il y a des nécessités d'apprendre l'auto-sondage.

Et au urgences gynécologiques, l'auto-sondage on peut l'apprendre mais la temporalité est trop courte. Aux urgences, c'est trop compliqué avec le reste du flux des patients pour s'engager dans des séquences d'éducation comme ça mais par contre, même si c'est moins formel, aux urgences on a quand même un accompagnement que je considère comme de l'éducation quand on reparle, par exemple contraception, quand on reparle surveillance du cycle. c'est des choses anatomiques qui peuvent paraître basiques et logiques, en tant que soignant. Mais il y a un défaut d'éducation autour du corps de la femme, par la femme elle-même qui est assez criant aux urgences notamment.

Moi : Avez-vous le temps de mettre en œuvre ces actions ?

IDE 1 : Aux urgences, la temporalité n'est pas la même. On a le temps de discuter au cours des entretiens mais mettre, formaliser un temps précis comme on peut le faire éventuellement dans le service en étant, par exemple, d'après-midi en se disant "ok, là je m'octroie 1 heure pour apprendre à la patiente à se sonder." : aux urgences, c'est très difficile parce qu'à partir de 16 heures, on est toute seule, donc si le flux des urgences ne le permet pas, c'est impossible. Il y a des jours où c'est faisable et d'autres où c'est impossible donc ça passe plus par l'information, au cours de l'entretien infirmier, ça passe par des choses non formelles. L'entretien infirmier est composé de questions telles que :

- "Avez-vous une contraception ?", des fois elles vont dire "non".
- "Avez-vous un désir de grossesse ?", "non"
- "Avez-vous des rapports protégés ?", "non" .

Ah d'accord, donc là, il y a quelque chose. Je me demande si elles ont compris, si c'est un choix de ne pas avoir de contraception ou s'il peut y avoir une crainte par rapport aux hormones, par exemple, et là on peut discuter un peu si elles sont ouvertes à la discussion ; même si ce n'est pas toujours le cas.

Moi : Pour vous, qu'est ce que la santé reproductive ?

IDE 1 : C'est vaste aussi... Je pense que c'est tout ce qui concerne chez nous la femme ; je pense que du coup sur d'autres versants ça peut concerner les hommes aussi. En lien avec la reproduction, souhaitée ou non. Je pense qu'on est concernées aussi bien dans le service, avec les patientes hospitalisées chez nous dans le cadre de leur endométriose ; que aux urgences où ça peut être la reproduction souhaitée, les grossesses qui, malheureusement, ne sont pas forcément menées jusqu'à terme et il a y tout un versant en lien avec la PMA (Procréation Médicalement Assistée) , que nous on rencontre moins. Et, l'orthogénie, les IVG (Interruption Volontaire de Grossesse).

Moi : Selon vous, quelle est la différence entre la santé reproductive et la santé sexuelle ?

IDE 1 : Moi, je les différencie en effet, parce que sexualité ne veut pas dire forcément reproduction, voilà. C'est entremêlé je pense. Mais pour moi, la santé sexuelle concerne uniquement la sexualité et la contraception. Alors que la reproduction entraîne d'autres choses ; il faut savoir s'il y a moyen de procréer, quels moyens sont mis en place, qu'est ce qui bloque si le couple rencontre des difficultés.

Moi : Dans le cadre de votre rôle propre et dans le domaine de la santé reproductive, quels sont les besoins prioritaires des femmes ?

IDE 1 : Je pense qu'il y a un besoin d'écoute, ça s'est sûr. Notamment sur des pathologies qui ont été tuées pendant très longtemps comme l'endométriose où on en parle ces dernières années mais il y a eu quand même 10 ans d'errance diagnostic pour de nombreuses femmes. Quand ces femmes trouvent une oreille attentive, elles sont toujours contentes. Il y a aussi, je pense, un besoin de compréhension parfois par rapport à la contraception qui leur est imposée alors qu'elles ont un souhait de grossesse, lorsque des saignements surviennent..., des métrorragies non contrôlées. Des fois, il faut aussi repartir de la vision de la patiente. Donc un besoin de compréhension, de reformulation.

Moi : Dans quel domaine de la santé reproductive les femmes présentent-elles un besoin de compréhension plus important ?

IDE 1 : Je pense que cela dépend vraiment des personnes. Il y a quand même une partie de la population où, vraiment, la base de l'anatomie, de la sexualité et du lien qui peut être fait entre avoir un rapport et tomber enceinte qui a des lacunes là-dessus. L'anatomie, je te dis ça, parce que oui différencier un saignement vaginal d'un saignement urinaire, on a l'impression que c'est évident alors que pour ces femmes, c'est la même chose. Il faut donc repartir de là. Après, il y a des patientes qui sont déjà beaucoup plus renseignées, qui sont beaucoup plus au fait de leur corps, de comment ça fonctionne, qui sont peut être des fois dans des parcours depuis des années donc qui ont vraiment une bonne connaissance des choses. A ce moment-là, on est sur des choses plus pointues en termes d'apport avec, par exemple, le mécanisme d'action des médicaments qu'on leur propose, le lien qu'il y a entre leurs symptômes et le traitement qu'on leur propose en regard. Des fois, on a des patientes qui sont aussi calées que nous quand il s'agit de traitements très pointus qu'elles ont depuis des années. Donc je pense qu'il y a différents types de populations et donc différents besoins de compréhensions, différents niveaux. Cela demande de l'adaptation et d'accepter que des fois, elles sont plus calées que nous. On reparle de la PMA, mais moi la PMA c'est un monde qui m'est inconnu. Ces patientes sont trop fortes. Elles connaissent leurs traitements par cœur, leurs protocoles. Il faut accepter qu'elles peuvent être expertes dans leur domaine. Nous on a très peu de patientes de PMA, mais si on accueille par exemple, un week-end aux urgences, une patiente de PMA, et qui là vient pour une raison X ou Y, elles ont nettement plus à nous apprendre que nous sur leur suivi d'AMP.

Moi : Rencontrez-vous fréquemment des femmes qui ont des besoins de compréhension dans ce domaine ?

IDE 1 : Oui, aux urgences, beaucoup. Avec la complexité aux urgences, en plus qu'on a, c'est de recevoir des patientes d'origines ethniques multiples. Donc en plus de la difficulté de compréhension de leur corps, il y a aussi la barrière de la langue. Ce qui met une difficulté en plus pour nous aussi où on n'est pas très à l'aise pour expliquer les choses non plus. En anglais, on peut essayer de se débrouiller, au-delà c'est compliqué. Alors comment on fait pour être suffisamment clair dans nos explications ?

Moi : Avez-vous déjà été confronté à une situation où une patiente présentait un besoin de compréhension dans le domaine de la santé reproductive ?

IDE 1 : Oui, comme on l'a évoqué tout à l'heure avec le besoin de compréhension en termes d'anatomie.

Moi : Comment avez-vous identifié ce besoin ?

IDE 1 : Je pense que ce qui nous aide vraiment, aux urgences, c'est le questionnaire qui est déjà pré-établi qu'on suit globalement. On peut diverger si besoin mais on a une trame de base et déjà avec, on arrive à se dire : " Potentiellement, il y a des besoins d'explications un peu plus importants " grâce aux réponses apportées par les patientes à certaines questions. Dans le service, je pense que cette identification passe par le temps qu'on passe avec nos patientes et l'implication qu'on met après à discuter avec elles et essayer de s'intéresser et d'aller un peu plus loin dans la relation soignant-soigné. On l'identifie au fur et à mesure des discussions.

Moi : Une fois le besoin de compréhension identifié, comment avez-vous répondu à son besoin ?

IDE 1 : Je pense que tout dépend de où se situe le besoin :

- Si c'est un besoin où les apports que nous devons fournir nous ont été enseigné lors de notre formation infirmière, je pense, par exemple, à l'anatomie, à ce moment-là on peut réussir à mettre en oeuvre des moyens : que ce soit un schéma, moi j'ai déjà fait un schéma aux urgences pour différencier le méat urinaire d'un vagin, par exemple. Donc sur des choses apprises en formation je pense qu'on peut arriver à mettre en place des actions facilement.
- Sur des choses plus complexes, je pense qu'on parvient à mettre des choses en place grâce à l'expérience dans le service et les connaissances que tu as réussi à engranger sur le terrain, voilà. Et vraiment, mais je pense que c'est parce qu'on est dans un service qui le permet, discuter avec les médecins nous permet aussi de gagner en compétences et en informations et de se resservir de ces nouveaux savoirs pour des prochaines fois et cetera. Finalement, on étoffe un petit peu sa pratique et ses connaissances également.

Pour tenter de répondre à ce besoin, en fait, il faut avoir soi-même des connaissances (sur l'anatomie, avec les apports médicaux).

Après la mise en œuvre va vraiment dépendre du besoin : est-ce que ça passe par un schéma, est-ce que ça passe par des explications orales. Si on est sur des choses un peu plus techniques, qu'on parle d'un soin, là du coup il faut prendre le temps de faire comme on nous apprend à l'école : de décomposer, de faire faire par la patiente.

Moi : Comment vivez-vous ce type de situation ?

IDE 1 : Tout dépend de comment c'est reçu par la patiente. On décèle un besoin, après elle comment elle le reçoit, comment elle perçoit le fait qu'on veuille l'aider entre guillemets. Est-ce que pour elle c'est quelque chose qu'elle reçoit positivement ou est-ce que c'est le contraire? Il y a des fois, aux urgences, où on voit bien qu'elles peuvent se vexer quand on essaie un peu trop. On peut avoir le sentiment qu'on s'immisce trop dans leur sphère intime. Donc, on rétro-pédale si ça ne leur convient pas. Tu te re-positionnes. Après, je pense qu'en prenant le temps de faire les choses, ça se fera. Le temps, c'est vraiment la clé parce que ce ne sont pas des choses que tu peux mettre en place, dans tous les cas, dans le speed. Il y a trop d'enjeux des fois sur certains points. Si on n'a pas le temps de se poser, tu ne peux rien mettre en place.

Moi : Quelles sont vos ressources ?

IDE 1 : Si on résume ce qu'on a dit, il y a les médecins, le bagage qu'on se crée lors de la formation initiale, la formation continue, notre propre intérêt (moi je fais toujours des recherches). Je pense que si tu es dans un domaine qui ne t'intéresse pas, c'est plus difficile de s'investir. C'est de l'intérêt pour le domaine, pour la population soignée. J'ai toujours été passionnée par la femme. Je voulais être sage-femme. C'est une continuité. Au niveau du matériel, aux urgences, on a des plaquettes qui ont été créées sur la grossesse extra-utérine. Elles sont à destination des patients et expliquent les deux traitements possibles avec l'injection de méthotrexate ou la chirurgie. C'est lourd comme traitement, le méthotrexate, pour une grossesse extra-utérine, c'est pour ça quand les patientes nous disent " Oh ! Mais on a juste eu l'injection dans la fesse. ". C'est un cytotoxique et c'est pas anodin. Il y a d'autres plaquettes qui ont été faites récemment mais je ne me rappelle pas du thème abordé. Dans tous les cas, elles sont remises aux patientes une fois que le diagnostic est posé. Cela permet de leur expliquer la prise en charge, le fait qu'elles vont devoir revenir tous les "tant de temps", pourquoi, qu'est ce que l'on cherche ?

Moi : Trouvez-vous cela utile ?

IDE 1 : Hm, ça permet d'avoir un support en plus mais même si on leur explique toujours à l'oral l'intérêt de la surveillance et pourquoi on ne les laisse pas dans la nature après une injection de méthotrexate. On voit bien que des fois, ce n'est pas assimilé ou qu'elles ne se rendent pas forcément

compte de la gravité d'une grossesse extra-utérine. Vraiment des fois, elles disent "là j'ai attendu 4 heures, je ne reviendrai pas, je n'en ai pas envie". Oui, mais la prochaine fois, le risque c'est que vous rompiez et que vous reveniez par le SAMU. C'est pas anodin du tout.

Moi : Pour revenir sur les obstacles ...

IDE 1 : Donc il y a la barrière de la langue, l'intérêt des patientes. Des fois, on est face à des jeunes femmes qui s'en fichent quoi. Je me suis occupée d'une jeune fille qui avait des rapports avec de multiples partenaires, non protégés, qui venait pour la troisième fois pour une infection génitale haute traitée par antibiotiques IV. Le médecin lui en avait parlé et moi j'avais voulu lui en parler de nouveau en disant " Mais vos partenaires, allez-vous les prévenir que vous avez une infection ?", et en fait elle avait une réponse très détachée. Sa santé sexuelle, là, ne l'importait pas du tout. On a l'impression, aujourd'hui, que tout le monde est sensibilisé à ces notions, que ce soit à l'école, sur les réseaux sociaux ... Que tu ne prennes pas la pilule pour toi, c'est un peu embêtant, mais bon c'est ton corps, mais ton partenaire qui n'a rien demandé, qui ne sait même pas que tu as d'autres partenaires : c'est difficile ... On ne sait pas si c'est du déni ou de la libération... Cette jeune fille n'était pas du tout ouverte. Ça montre bien que le manque d'intérêt des patientes pour leur propre santé peut être un réel obstacle. Le temps dont on dispose peut aussi être un obstacle, l'organisation du service aussi. Il y a une composante organisationnelle. T'as pu le constater, s'il y a une infirmière en moins, tout est bousculé au niveau de la prise en charge des patientes. On aurait donc besoin de plus de temps, d'effectifs complets tous les jours.

Moi : Quels seraient les pré-requis semblent utiles pour pouvoir aborder ce sujet avec les patientes ?

IDE 1 : Je pense qu'on en revient toujours à l'empathie, à la relation soignant-soigné. On n'a pas encore parlé de ça, mais je pense que la présence des conjoints est importante. Aux urgences, leur position est parfois compliquée parce qu'ils sont inquiets. Mais dans le service, les conjoints sont souvent très au fait des pathologies de leur conjointe. Ils connaissent la douleur de leur compagne, ils sont habitués. C'est un aidant, une ressource. Il faut profiter de leur présence, s'en saisir.

Moi : Et si nous n'avons pas, nous-mêmes, assez de connaissances dans ce domaine, comment peut-on faire ?

IDE 1 : En fait, il faut partir de ce que toi tu sais pour étayer un peu sa compréhension. On ne sait pas, ce que tu considères comme le "peu de chose que tu sais", que tu vas pouvoir lui apporter c'est peut-être déjà beaucoup selon son niveau de connaissance et ses attentes. Après à notre niveau, on a quelques classeurs de protocoles, même s'ils ne sont pas hyper riches, ils peuvent potentiellement t'aider. Dans le service, on a une visite médicale quotidienne, donc si vraiment, il y a un besoin urgent, il ne faut pas hésiter à ajouter cette question-là et se dire que l'interne pourra prendre un temps pour en parler. Moi, il y a des traitements que je ne maîtrise toujours pas, parce qu'ils concernent les parcours

PMA. Une dame m'avait posé une question dessus dernièrement, je lui ai dit que je n'étais pas capable d'y répondre. Réussir à avouer qu'on n'est pas capable et qu'on ne sait pas tout, c'est important. J'ai demandé à l'interne de prendre deux minutes pour répondre à la patiente. Ça ne lui a pris que deux minutes et la patiente est repartie avec des réponses claires sur la reprise de ses traitements. Il faut être capable de savoir où nos compétences s'arrêtent.

Moi : Les patientes rencontrées ayant un besoin de compréhension ont-elles d'autres besoins ?

IDE 1 : Oui c'est possible. Je pense aux urgences, le besoin de compréhension peut être associé à des besoins sociaux de tout ordre, de prise en charge sociale, des patientes qui arrivent avec l'aide médicale d'état. Ils peuvent être associés à des besoin d'orientation médicale, parce des fois elles arrivent aux urgences car elles n'ont pas de suivis gynécologiques ou par une sage-femme. Certaines ne savent pas que la sage-femme peut faire un suivi physiologique. Donc voilà, c'est aussi un besoin d'orientation.

Moi : Pouvez-vous développer le besoin d'apprentissage ?

IDE 1 : Oui, alors pour moi, le besoin d'apprentissage ne découle pas forcément du besoin de compréhension. Tout dépend de l'intérêt qu'elles portent à leurs interrogations, encore une fois. Est-ce que c'est quelque chose qui les handicape vraiment dans la vie et là elles vont vraiment manifester un besoin d'apprentissage. Ou est-ce-que c'est quelque chose avec lequel elles vivent dans leur quotidien et cela n'a aucun impact. La preuve, ça les conduit parfois aux urgences parce qu'elle ne maîtrise pas. Je pense que des fois, on se fait des montagnes de choses alors que pour elles, c'est un détail, de suivre ses cycles, de se dire " Ah oui, je suis bien à 28 jours ! Je n'ai pas de retard." . C'est peut-être une déformation professionnelle. Pour certaines, cela va arriver quand ça va arriver.

Moi : Une fois ces besoins comblés, qu'observez-vous ?

IDE 1 : C'est toujours plaisant quand tu vois une évolution positive et ça arrive. Je pense que l'évolution, l'acquisition est plus visible quand on fait de l'éducation thérapeutique "vraie", concrète, matérielle. Quand une patiente arrive à s'autosonder après une heure d'apprentissage, oui tu es contente. Tu te dis que la méthode utilisée, le temps qu'on a passé est productif finalement, etc. Pareil, voir ta patiente mettre sa ceinture toute seule alors qu'au début elle l'oubliait une fois sur deux quand elle se levait, les explications, le temps qu'on a passé ont servi. En fait, on observe toujours un gain en autonomie. Faire pour faire, je pense qu'il y a pas d'intérêt. Il faut qu'elle trouve un intérêt pour elles et pour leur santé ; et qu'elles se sentent actrices aussi de leur prise en charge. Mais ça je pense qu'être acteur de la prise en charge, c'est pas important pour tout le monde pareil, pas tout le monde au même niveau. On a des patientes aussi très demandeuses d'être actrices de leur prise en charge ; d'autres personnes se laissent porter et ça leur convient.

Ensuite, je pense que la temporalité n'est pas assez longue, aux urgences, pour observer des changements de comportement. Par exemple, on ne va pas pouvoir observer, après avoir répondu à des questionnements sur la contraception, une patiente qui décide de changer de méthode contraceptive ou autre. On leur en parle, les médecins en parlent en général à la consultation médicale. Des fois, elles sortent avec une prescription de contraception. Est ce qu'elles la prennent, est-ce qu'elles ne la prennent pas ? Ça, on ne peut pas le voir. La temporalité est trop courte. Mais en tout cas, elles ont la possibilité d'avoir au moins la prescription de fait pour faire ce qu'elles veulent, ça leur laisse au moins une possibilité de changer un peu leur prise en charge et cetera. Et même si la pilule est prescrite en général pour trois mois, c'est le temps de trouver un praticien qui fera le suivi après aussi.

Moi : Par rapport à votre projet de recherche [transplantation utérine dans le cadre du syndrome de Rokitansky], vous allez être confrontées à des femmes qui vont avoir leurs premières règles, comment allez-vous vous y prendre ? Est ce que vous avez déjà réfléchi à la manière dont vous allez les éduquer ?

IDE 1 : Déjà, on s'est posées une question, mais une question toute bête : “ Comment quantifier les règles quand on n'en a jamais eues ? ”. Parce que quand on a onze, douze ans, oui, tu sais ce que c'est la quantité, pour avoir des règles. Parce qu'un des critères pour dire que la transplantation fonctionne, c'est l'apparition des premières règles. Alors comment on différencie un saignement voie basse chirurgical des règles. Et donc, il y a une classification, c'est un truc anglais mais qui n'avait pas l'air top..., qui je pense a été écrit par un homme, c'est un truc par rapport au nombre de tampons que tu utilises ... Mais en fait, ça fait très archaïque comme pensée en fait. Oui, ça va être un gros challenge que la patiente puisse dire “Oui, là, ce sont mes règles.”. Donc il y aura une question quand même de temps, puisque normalement il faut que ça arrive dans les 4 à 6 semaines, un cycle quoi. On peut se dire que tout ce qu'il y a avant, c'est un saignement aigu. Après voilà, on est vraiment sur des patientes au taquet en termes de connaissances. Ce sont des patientes qui sont déjà suivies par le professeur pour leur syndrome de Rokitansky. Certaines ont déjà eu la création d'un néovagin. En général avec cette malformation, elles n'ont pas d'utérus et pas de vagin ou alors un moignon qui ne leur permet pas d'avoir de rapports. En hospitalisation, on a des fois ces patientes-là, pour la création d'un vagin, après elles dilatent leur nouveau vagin à la bougie de dilatation pour se créer. Voilà, elles ont 17 ans.

Moi : Ah oui, donc c'est jeune.

IDE 1 : C'est jeune. Voilà. C'est compliqué aussi là, l'image de soi ... Là, tu as un apprentissage qui est énorme. Donc c'est un peu la suite des choses en fait, pour ces patientes où la prise en charge s'arrêtait à la construction du vagin, qui leur permettait une sexualité mais pas d'envisager une reproduction. Voilà, on s'arrête à la santé sexuelle. Et donc là, ça va permettre de, peut être pour ces patientes, là d'aller au-delà... en leur greffant un utérus.

Moi : Voulez-vous ajouter quelque chose ?

IDE 1 : Ecoute, pas pour l'instant.

Moi : Je vous remercie d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. Je vous rappelle que cet entretien est anonymisé. Merci à nouveau.

Annexe V - Entretien n°2

Moi : Bonjour, je m'appelle Clara Salvan. Je suis étudiante infirmière en 3e année à l'IFSi de Pontchaillou. Je rédige mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers sur le thème de la santé reproductive. Il aborde le rôle de l'infirmier auprès des femmes qui ont des besoins de compréhension dans ce domaine. Merci de prendre le temps de réaliser cet entretien. Cet entretien est entièrement anonyme. M'autorisez-vous à ce que je l'enregistre pour que je puisse le retranscrire par la suite ? Cet enregistrement sera par la suite détruit.

Moi : Pouvez-vous vous présenter ?

IDE 2 : Je m'appelle *****, je suis infirmière depuis 2019 et je travaille dans le service de gynéco depuis quatre ans.

Moi : Pouvez-vous nous en dire plus sur votre expérience ?

IDE 2 : Oui, j'ai fait du pool et après je suis allée en pédopsychiatrie. Puis, j'ai eu l'opportunité de rentrer au CHU par ce service. Je voulais être sur le pôle femme-enfant et du coup la gynéco c'était plutôt une évidence par rapport à ce qu'ils proposaient.

Moi : Selon vous, quelles sont les différentes composantes du rôle propre infirmier ?

IDE 2 : C'est la communication, c'est tout ce qui va être les soins d'hygiène. On a aussi de temps en temps de l'éducation à la stomie. Là je repense à la dame qu'on avait eu en charge, ensemble, effectivement qu'il avait fallu éduquer aux autosondages [urinaires], où on s'était aperçues que l'anatomie n'était pas forcément acquise pour tout le monde.

Après tout dépend de la temporalité. Il y a des moments où c'est plus propice, en fait ça va être aléatoire. C'est en fonction des besoins des gens surtout et on essaie de se créer du temps en tant qu'infirmière ou aide soignante, même si des fois ce n'est pas forcément toujours facile.

Et puis effectivement, au niveau du rôle propre, il y a tout ce qui va être comprendre, être compréhensif, écouter l'autre. Donc ça va dans la communication aussi, mais ça c'est peu importe que tu sois infirmier ou aide soignant. En fait, tout ça c'est vraiment la base de notre métier, c'est nos compétences infirmières aussi, au-delà du rôle propre. La communication regroupe vraiment tout ça en fait.

Moi : Pour vous, qu'est ce que la santé reproductive ?

IDE 2 : Alors quand tu me parles de santé reproductive, ça va être pour moi tout ce qui va être pour les femmes, ça va concerner les femmes. C'est avoir des enfants, euh, le désir d'avoir une grossesse où on sera en capacité d'avoir des enfants.

Moi : A quoi associez-vous la santé reproductive ?

IDE 2 : On parle souvent de cet aspect de la santé, avec la santé sexuelle. Mais je ne les associerais pas forcément. La santé sexuelle, ça peut concerner hommes et femmes. Voilà. En fait, à partir du moment où on est en questionnement, on peut l'aborder dès l'adolescence, chez les hommes et les femmes, au niveau sexuel, avec l'homosexualité ou l'hétérosexualité. Voilà, ça va être tout ce qui va être mis en pratique pour se protéger. Il y a une réelle différence je pense. Alors peut être que je me trompe. Au niveau de la santé reproductive, on va questionner le couple bien sûr, dans ses pratiques, dans ses besoins, ses désirs, mais, mais ça peut aussi être centré sur la femme, sur ses besoins, sur les désirs de grossesse, qu'est ce qu'on peut mettre en place, tout le parcours qui va accompagner la femme. Donc c'est lié, mais pour moi il y a une différence. Je ne les aborderai pas de la même façon. On peut être en questionnement sur sa sexualité sans vouloir d'enfant.

Moi : Dans le cadre de votre rôle propre et dans le domaine de la santé reproductive, quels sont les besoins prioritaires des femmes ?

IDE 2 : Effectivement, les besoins qu'on peut rencontrer ça va être tout ce qui va être désir de grossesse, tout l'accompagnement des patientes qui veulent justement avoir un enfant. Donc elles passent par le parcours PMA. Et certaines sont pleines de questions. Elles ont besoin d'être étayées parce que c'est un parcours qui est long et compliqué. C'est quelque chose auquel nous sommes confrontés dans notre quotidien, notamment en hospitalisation. Tu peux avoir ce genre de besoin, de l'information et de l'accompagnement. On va avoir aussi en post-opératoire le questionnement autour de la temporalité quant à la reprise des rapports sexuels, puisque il y a des patients qui, justement, ont fait des interventions dans le but de pouvoir après avoir un enfant. Donc il va y avoir tous ces conseils après. Au niveau reproduction, ça va être aussi tout ce qui va être lié à la fausse couche aussi. Là, elles ont besoin d'accompagnement pour expliquer ce qu'il se passe. Il y a aussi besoin d'expliquer qu'il y a d'autres structures, qu'on n'est pas seul, qu'on travaille en équipe, qu'il y a les psychologues, qu'il y a aussi des associations. Donc le but est vraiment d'être assez large et de pouvoir lui laisser la possibilité à cette personne. Et bien il y a des gens aussi qui sont dans le désir de recommencer immédiatement. Donc, il va y avoir les conseils que le médecin va pouvoir leur donner, et nous on va appuyer, ses dires, effectivement.

Moi : Dans quel domaine de la santé reproductive les femmes présentent-elles un besoin de compréhension plus important ?

IDE 2 : Certaines patientes, des fois, ont des idées toutes reçues par rapport à ce qu'elles ont appris, par rapport à leur entourage. Et effectivement, on voit qu'il y a un réel manque de connaissances et je trouve davantage chez la femme, sur son anatomie, sur la sexualité et sur comment avoir un enfant et qu'est ce qu'il faut faire.

En hospitalisation, on ne parle pas beaucoup de la contraception. Ils en parlent plus aux urgences. Après nous on va, quand même, réexpliquer s'il y a besoin, reformuler, pouvoir leur dire aussi quels

sont les différents moyens de contraception existants ; parce qu'on voit des femmes qui sont en quête de savoir ce dont elles ont besoin.

J'ai l'impression que quand les femmes, les couples ont un désir d'enfant, ici en hospitalisation, il n'y a pas besoin de réexpliquer l'anatomie. Mais par contre, on va souvent leur expliquer un petit peu ce qu'il va se passer, les rendez-vous avec la sage-femme, qu'il faut aller s'inscrire à la maternité. En fait, le parcours qui va, qui va suivre, ça c'est des choses qu'on peut rencontrer en fait, selon le public, selon les besoins, effectivement, on peut avoir des personnes qui ont besoin de ça ; ne serait ce que pour être rassurés, pour, voilà. Et d'autres personnes qui ont vraiment besoin d'être étayées sur ça, là où il faut vraiment prendre des rendez-vous pour elles, et cetera.

Moi : Avez-vous déjà été confronté à une situation où une patiente présentait un besoin de compréhension dans le domaine de la santé reproductive ?

IDE 2 : Je ne sais pas si ça m'est déjà arrivé concrètement ... Ici, on a quand même un public qui est défavorisé. Donc en général, je trouve que la population qu'on peut rencontrer, en hospitalisation ici, a parfois un manque de connaissances, un manque d'accompagnement de leur médecin traitant et donc elles viennent justement chercher ces réponses sur l'hôpital qui est présenté comme le pôle pour les femmes et les enfants.

Moi : Comment identifiez-vous les besoins de compréhension des patientes ?

IDE 2 : Et ben tu sais, des fois il y a des gens qui viennent par eux-mêmes poser des questions et chercher des réponses et qui sont vraiment demandeurs.

Moi : Une fois le besoin de compréhension identifié, comment répondez-vous au besoin ?

IDE 2 : Bah d'une part par mes connaissances. On y répond en équipe. Le fait qu'on soit dans un CHU, c'est super. Ça peut être le gynécologue, la PMIste, mais il y a aussi énormément de revues. On a des collègues, aussi, qui sont expertes sur ces domaines-là. Et puis, on se débrouille aussi comme on peut. Par exemple, la patiente dont on parlait qu'on avait dû éduquer à l'auto-sondage, moi j'avais dessiné dans la chambre sur ce que je trouvais. Voilà. Elle, ça l'a aidée. Et je lui ai proposé, par exemple, plusieurs manières de visualiser les choses. Tout n'était pas adapté donc le but c'est vraiment de proposer plusieurs idées. Il faut que la patiente se sente concernée et qu'elle puisse choisir ce qui lui correspond le plus. On leur donne des clés. Elle a appris à être autonome chez elle, que ce soit dans son anatomie et dans ses gestes.

De toute façon, si tu identifies qu'il y a une lacune, bon, c'est peut être envisageable qu'à la fin de ta séance tu aies comblé ça avec les différentes ressources. Par ailleurs, si tu en trouves plusieurs et que tu comprends que c'est des choses qui sont ancrées depuis aussi tellement longtemps comme le schéma corporel où quand tu parles à une femme de 40 ans de son schéma corporel, c'est pas instantané. Il faut déconstruire le schéma que tu t'étais donné avant. Je pense beaucoup à l'hygiène intime où nous là on

retrouve, malgré que ce soit redit tous les jours, des erreurs d'hygiène mais des choses en place, ancrées. Donc on redit “ N'hésitez pas à faire du haut vers le bas, pour ne pas amener des germes ”. Même si on le dit, même si c'est quelque chose qui est récurrent, c'est ancré dans le mécanisme, dans l'éducation aussi parce que on apprend pas à faire sa toilette tout seul au début. Et ça c'est quelque chose qu'on retrouve quand même souvent ici, où on voit que bah plus on va le répéter aussi, plus ça va impacter la patiente. Tout ne dépend pas d'une seule fois, non.

C'est selon l'ampleur des lacunes, en fonction de l'histoire du patient, en fonction de son âge, de son vécu, de son histoire personnelle. Ce que l'on voit aussi ici, où il y a des patients qui ont vécu des violences sexuelles. Là, tu vois des différences entre ces patientes. Certaines vont être très libérées. On peut parler de tout et elles sont en quête de réponses. Ou au contraire, des dames très fermées ; et là, c'est vraiment une reconstruction personnelle. Il faut alors tout mettre en place pour elles, pour vraiment créer cette relation de confiance. Mais des fois c'est pas suffisant non plus. En fait, il faut commencer par avoir une relation établie pour pouvoir aborder ces notions. Moi je pense qu'on ne peut pas rentrer dans l'intime, ni apprendre à quelqu'un quoi que ce soit s'il n'a pas confiance en toi, s'il te connaît pas. Je pense que pour toute éducation, peu importe le sujet, le patient a besoin de sentir que c'est du respect mutuel, qu'on est capable de communiquer et puis de savoir : “Toi tu en es où dans ta formation?”, “Tu en es où dans ta profession d'infirmière?”. Là, tu t'interroges sur un sujet intime. Il faut avoir du tact, l'intelligence de l'autre et du respect mutuel.

Si tu ne crées pas de relation, tout ce que tu pourras mettre en place ne va pas forcément fonctionner. Pour maintenir ta relation de confiance, il faut aussi avoir l'honnêteté de dire quand toi tu arrives au bout de tes compétences. Et puis, enfin, il faut toujours laisser le choix au patient ; la notion de consentement est toujours essentielle. Si elle n'a pas envie d'être réceptive à tes infos, il ne faut pas forcer, il ne faut pas s'agacer.

Moi : Quelles sont vos ressources et quels peuvent être les obstacles rencontrés ?

IDE 2 : Des fois, tu tentes de répondre au besoin de compréhension de la patiente et tu t'aperçois que ce n'est pas reçu de la façon que tu imaginais. Tu peux reformuler, tu peux aussi demander à un tiers de venir t'aider. Donc comme je disais tout à l'heure, avec tous les professionnels on n'est pas seul. Et des fois, effectivement, tu te rends compte qu'en fait, ça peut vraiment venir de la barrière de la langue. Il existe des interprètes au CHU, on a cette chance. Il y a aussi des applications comme “Médipicto”, qui nous permettent de communiquer. Elle aborde le désir de grossesse, la contraception, le retour des règles. Il y a douze ou treize langues dessus. Et effectivement, comme je disais, on a un public un petit peu différent sur l'hôpital, donc c'est vrai que ça, c'est quelque chose qu'on utilise. Moi je trouve que les collègues, c'est une grande ressource. Le mime aussi, tout ce qui va être non verbal. Et puis, il y a aussi l'entourage de la patiente parce que des fois, effectivement, elle ne sait pas forcément exprimer, mais il y a aussi le compagnon, les enfants parfois aussi.

Moi : Qu'est ce qui vous est nécessaire pour pouvoir répondre aux besoins de compréhension de la personne concernée ?

IDE 2 : Je sais qu'il y avait quelque chose que je ne maîtrisais pas il n'y a pas très longtemps et je suis allée voir une ponction d'ovocytes parce que j'arrivais pas à visualiser ce que ça pouvait être. Nous, on a beaucoup de patientes qui viennent pour des hyperstimulations après en post-op et je n'arrivais pas vraiment à comprendre ce phénomène. Et donc j'ai demandé, quand il y avait du temps et ça arrive quand même régulièrement qu'on ait des moments où on est en plus, de pouvoir aller assister et de comprendre. J'en ai donc profité pour aller et passer toute la journée en PMA et voir quel était le rôle aussi de ces infirmières en PMA. J'ai été voir parce qu'au sein du projet "Tulipe", c'est quelque chose dont les patientes allaient avoir besoin. Même si elles vont être expertes parce que c'est un parcours qui est éprouvant et long. Donc elles connaîtront très bien le processus. Mais il faut être en capacité de reformuler ce qu'est un blastocyste, ce que c'est un embryon ; des termes un peu plus médicaux et d'être en capacité aussi de les accompagner.

Mais clairement, ce dont j'ai besoin pour répondre c'est des connaissances quoi. On a des connaissances personnelles et puis aussi, nous on est des femmes. C'est d'autant plus facile de parler d'une femme. On est constitué de la même façon notre appareil génital et au même endroit. Il y a forcément des petites subtilités, mais c'est davantage plus facile de parler de son expérience en tant que femme. Parce que souvent elles vont nous interroger: "Et vous, comment ça se passe ? Vous avez des enfants? Est ce que ça vous est déjà arrivé d'avoir des règles aussi hémorragiques?". Enfin voilà, on voit bien que la relation se crée, que la patiente a besoin aussi de s'identifier aux soignants en fait.

Moi : Vous avez eu besoin de vous former de nouveau ?

IDE 2 : Ah bah oui, oui oui. Certaines choses étaient acquises, mais j'ai eu besoin de relire. Donc je me suis aidée quand même de recherches personnelles. Donc ça c'était important, et puis après comme je voyais que c'était pas suffisant, en fait ces recherches personnelles, j'ai demandé la journée. J'avais encore besoin, même personnellement de comprendre plus. Et en fait, j'ai vraiment fait un cheminement comme si j'étais une patiente. Je suis allée de la ponction d'ovocytes, au don du mari, au transfert de la patiente, et au labo. Le but c'était vraiment de comprendre tout ce qui se passait et aussi cette attente qui est très importante en fait pour ces couples. C'est un long parcours. Mais le désir d'avoir un enfant est tellement fort qu'ils sont capables de faire plein de choses.

Il faut toujours être en recherche perpétuelle de connaissances. Ce qui va être acquis là, sur un domaine, ne le sera pas demain si je vais dans un autre service, je ne vais pas maîtriser. Il faut s'investir dans le service, mais aussi à la maison. Il faut faire des recherches et s'entraider. On a des professionnels qui ont une maîtrise. Comme je te le dis là depuis tout à l'heure, on voit les anesthésistes, ils maîtrisent le truc, ils sont à fond, les gynéco, enfin vraiment, faut se servir de tous ses appuis là pour continuer. Il existe aussi plein de journées pour se former. Il ne faut pas voir ça comme une punition. Non, c'est pour toi personnellement. Tout ne s'arrête pas au diplôme.

Moi : Comment vivez-vous ce type de situation ?

IDE 2 : Ca peut être frustrant de ne pas avoir la possibilité de toujours se faire comprendre ou effectivement ne pas pouvoir avoir ce temps dédié où on peut se rencontrer dans un temps calme. Parce que dans l'idéal, ce serait de pouvoir lui dire "Attendez, on va se rencontrer". Donc oui, ça a ce côté là un petit peu frustrant. Mais tu crées une relation très différente aussi avec la patiente, à partir du moment où elle commence à exprimer ses difficultés et que toi tu vas pouvoir justement apporter des réponses. Peu importe que t'aies le temps ou pas, ça crée une relation un petit peu particulière parce que là, ça rentre dans l'intime de parler de reproduction en fait. Donc effectivement, je trouve que tu crées une relation de confiance, oui, et ça c'est plutôt satisfaisant finalement. Donc t'as envie de continuer à apporter encore plus de réponses à cette patiente. Oui, donc ça motive un autre intérêt. C'est un cercle vertueux.

Moi : Une fois ces besoins comblés, qu'observez-vous ?

IDE 2 : Ça me fait penser à une situation que je n'ai pas eue ici mais que j'avais eue en pédopsychiatrie où effectivement j'avais une jeune qui était vraiment dans l'exhibition et. Et en fait c'était majoré par ses traitements personnels. Le fait d'avoir des seins, le fait d'avoir ses règles, c'était quelque chose qu'elle allait justement exhiber aux autres. Et du coup, je me souviens d'un entretien avec le médecin du service où on lui avait expliqué en fait tous ces enjeux. Moi j'étais là pour reformuler. On avait aussi regardé sur internet toutes les deux pour envisager d'acheter des culottes menstruelles. Parce qu'elle exhibait cette tache de sang qu'elle avait sur elle. Et du coup, par rapport à ta question, ça me fait penser que justement, ce qu'on avait mis en place, ça avait pu permettre un changement. Déjà c'était important qu'elle parvienne à ne pas forcément montrer. Voilà qu'il y avait des choses qui étaient en place et c'était hors de question de mettre une serviette ou un tampon. C'était trop intrusif, ça lui rappelait une histoire difficile pour elle. Donc là, on avait parlé des culottes menstruelles, ce qu'on a acheté et ce qu'elle a pu mettre en place, tu vois. C'est ce qui lui correspondait le plus par rapport à sa problématique à elle. C'est sûr qu'envisager de mettre un tampon, c'était pas envisageable. La serviette, c'était un refus. Moi je lui ai pas du tout proposé la cup parce que c'était intrusif. Voilà. Donc c'est vrai que la culotte menstruelle pour pour son âge, je crois que c'était plutôt adapté. Et je me souviens qu'elle l'a portée par la suite. Je ne sais pas si elle se sentait mieux, mais c'est quelque chose qu'elle avait mis en place dans sa routine. On voyait que la relation par rapport à ça, à son corps aussi avait changé. J'ai été plutôt satisfaite de voir que ça pouvait évoluer. Et je reviens sur le fait qu'on a créé une relation, un peu de confiance et que du coup tu peux plus facilement répondre aux besoins.

Moi : Voulez-vous ajouter quelque chose ?

IDE 2 : Non, j'espère que ça a pu répondre à tes questions. Merci beaucoup.

Moi : Je vous remercie d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. Je vous rappelle que cet entretien est anonymisé. Merci à nouveau.

Annexe VI - Tableaux d'analyse des entretiens

Objectif : Identifier les caractéristiques de la personne interrogée ainsi que son expérience

Année de diplôme	Expérience professionnelle	Choix du service actuel	Ancienneté dans le service actuel
<p>IDE 1 : infirmière depuis 9 ans <u>ce jour (2024)</u> : « Je suis infirmière depuis 2015 »</p>	<p>IDE 1 : « Je n'ai fait que de la gynéco-plastie dans ma carrière.» <u>Exerçant en parallèle aux urgences gynécologiques depuis un peu moins de 9 ans :</u> « aux urgences gynéco depuis à peu près le même temps donc depuis 9 ans bientôt »</p>	<p>IDE 1 : ce service est un choix : « un coup de cœur, et ensuite je suis restée; par chance aussi. »</p>	<p>IDE 1 : dans ce service depuis 9 ans : « dans le service de gynéco-plastie également depuis 2015 »</p>
<p>IDE 2 : infirmière depuis 5 ans <u>ce jour (2024)</u> : « je suis infirmière depuis 2019 »</p>	<p>IDE 2 : « J'ai fait du pool et après je suis allée en pédopsychiatrie. »</p>	<p>IDE 2 « Je voulais être sur le pôle femme-enfant et du coup la gynéco c'était plutôt une évidence par rapport à ce qu'ils proposaient. »</p>	<p>IDE 2 : « Je travaille dans le service de gynéco depuis quatre ans. »</p>

Thème : Le rôle propre infirmier

Objectif : Faire émerger une définition du rôle propre infirmier par les professionnels

Le rôle propre de l'infirmier			
Accompagnement	Information	Education	Prévention
<p><u>Accompagnement des IDE grâce à des qualités soignantes :</u></p> <p>IDE 1 :</p> <p>« Les différentes composantes, chez nous on en a quand même beaucoup que ce soit au niveau relationnel déjà on a tout un rôle d'accompagnement, je pense. »</p> <p>« Donc on a quand même un temps d'écoute qui est vraiment important »</p> <p>IDE 2 :</p> <p>« C'est la communication »</p> <p>« Et puis effectivement, au niveau du rôle propre , il y a tout ce qui va être comprendre, être compréhensif, écouter l'autre. Donc ça va dans la communication aussi, mais ça c'est peu importe que tu sois infirmier ou aide soignant. En fait, tout ça c'est vraiment la base de notre métier, c'est nos compétences infirmières aussi, au-delà du rôle propre. La communication regroupe vraiment tout ça en fait. »</p>	<p>IDE 1 :</p> <p>« Notamment en chirurgie où l'accompagnement médical n'est pas forcément laissé à la psychologie on a quand même un temps ... de reformulation je pense par rapport à tout ce qui est expliqué, ... par les médecins. »</p> <p>« Je pense que le regard infirmier est important. »</p> <p>« Il y a des jours où c'est faisable et d'autres où c'est impossible donc ça passe plus par l'information au cours de l'entretien infirmier, ça passe par des choses non formelles. »</p>	<p>IDE 1 :</p> <p>« On rencontre aussi, dans le service, des situations où notre rôle propre va prendre une tournure plus d'éducation ... »</p> <p><u>De l'éducation non-formelle :</u></p> <p>IDE 1:</p> <p>« Mais par contre, même si c'est moins formel, aux urgences on a quand même un accompagnement que je considère comme de l'éducation quand on reparle, par exemple contraception, quand on reparle surveillance du cycle... »</p>	<p>IDE 1 :</p> <p>« On rencontre aussi, dans le service, des situations où notre rôle propre va prendre une tournure plus ... prévention. »</p>

Objectif : Identifier les facteurs influençant le rôle propre infirmier

Le rôle propre de l'IDE varie	
Selon la temporalité	Selon les besoins des patients
<p>IDE 1 :</p> <p>« Aux urgences gynécologiques, ... la temporalité est trop courte. »</p> <p>« Aux urgences, c'est trop compliqué avec le reste du flux des patients pour s'engager dans des séquences d'éducation ... »</p> <p>« Aux urgences, la temporalité n'est pas la même. On a le temps de discuter au cours des entretiens mais ... formaliser un temps précis comme on peut le faire ... dans le service ... c'est très difficile »</p> <p>IDE 2 :</p> <p>« Après tout dépend de la temporalité. Il y a des moments où c'est plus propice »</p> <p>« en fait ça va être aléatoire »</p> <p>« Et on essaie de se créer du temps en tant qu'infirmière ... même si des fois ce n'est pas forcément toujours facile »</p>	<p>IDE 2 :</p> <p>« C'est en fonction des besoins des gens surtout »</p>

Thème : La santé reproductive

Objectif : Identifier la définition de la santé reproductive des IDE interrogés

La population concernée par la santé reproductive		Les composantes de la santé reproductive				Santé reproductive et santé sexuelle	
Tout le monde : hommes et femmes	Les femmes	Le projet parental	L'orthogénie	PMA	Les obstacles rencontrés dans le parcours de désir d'enfants	Deux notions indissociables	Des différences persistent
<p>IDE 1 : « C'est tout ce qui concerne chez nous la femme ; je pense que du coup sur d'autres versants ça peut concerner les hommes aussi. »</p>	<p>IDE 2 : « Ça va être pour moi tout ce qui va être pour les femmes, ça va concerner les femmes. » « mais ça peut aussi être centré</p>	<p>IDE 1 : « En lien avec la reproduction souhaitée ou non. » « Au niveau de la santé reproductive, on va questionner le couple bien sûr, dans ses pratiques, dans</p>	<p>IDE 1 : « Et, l'orthogénie, les IVG (Interruption Volontaire de Grossesse). »</p>	<p>IDE 1 : « il y a tout un versant en lien avec la PMA (Procréation Médicalement Assistée) » IDE 2 : « C'est avoir des enfants, euh, le désir d'avoir une grossesse où on sera en capacité</p>	<p>IDE 1 : « Je pense qu'on est concernées aussi bien dans le service, avec les patientes hospitalisées chez nous dans le cadre de leur endométriose ; que aux urgences où ça peut être la reproduction souhaitée, les</p>	<p>IDE 1 : « C'est entremêlé je pense. » IDE 2 : « Donc c'est lié »</p>	<p>IDE 1 : « Moi, je les différencie en effet, parce que sexualité ne veut pas dire forcément reproduction » « Mais pour moi, la santé sexuelle concerne uniquement la sexualité et la contraception. Alors que la reproduction entraîne d'autres choses ; il faut savoir s' il y a moyen de procréer, quels moyens sont mis en place, qu'est ce qui</p>

	sur la femme »	ses besoins, ses désirs »		d'avoir des enfants. » « qu'est ce qu'on peut mettre en place, tout le parcours qui va accompagner la femme. »	grossesses qui, malheureusement, ne sont pas forcément menées jusqu'à terme »		bloque si le couple rencontre des difficultés. » IDE 2 : « En fait, à partir du moment où on est en questionnement, on peut l'aborder dès l'adolescence, chez les hommes et les femmes, au niveau sexuel, avec l'homosexualité ou l'hétérosexualité. Voilà, ça va être tout ce qui va être mis en pratique pour se protéger. » « Je ne les aborderai pas de la même façon. On peut être en questionnement sur sa sexualité sans vouloir d'enfant.»
--	----------------	---------------------------	--	---	--	--	--

Thème : Les besoins de compréhension des femmes

Objectif : Identifier la population concernée

La population présente des différences				
Différences de motif d'hospitalisation	Différences de statut relationnel	Une grande diversité au sein de la population	Différences de vécu, d'implication	Différences d'histoires de vie
<p>IDE 1 :</p> <p>« Je pense qu'on est concernées aussi bien dans le service, avec les patientes hospitalisées chez nous dans le cadre de leur endométriose ; que aux urgences où ça peut être la reproduction souhaitée, les grossesses qui, malheureusement, ne sont pas forcément menées jusqu'à terme »</p> <p>IDE 2 :</p> <p>« Donc elles passent par le parcours PMA. »</p>	<p>IDE 2 :</p> <p>« les femmes, les couples »</p>	<p><u>Social :</u></p> <p>IDE 1 :</p> <p>« Donc je pense qu'il y a différents types de populations »</p> <p>IDE 2 :</p> <p>« Ici, on a quand même un public qui est défavorisé. »</p> <p><u>Ethnique :</u></p> <p>« Avec la complexité aux urgences, en plus qu'on a, c'est de recevoir des patientes d'origines ethniques multiples. Donc en plus de la difficulté de compréhension de leur corps, il y a aussi la barrière de la langue. »</p>	<p>IDE 1 :</p> <p>« Après, il y a des patientes qui sont déjà beaucoup plus renseignées, qui sont beaucoup plus au fait de leur corps, de comment ça fonctionne, qui sont peut être des fois dans des parcours depuis des années donc qui ont vraiment une bonne connaissance des choses. »</p> <p>« Des fois, on est face à des jeunes femmes qui s'en fichent quoi ... »</p> <p>« On ne sait pas si c'est du déni ou de la libération »</p> <p>« On a des patientes aussi très demandeuses d'être actrices de leur prise en charge ; d'autres personnes se laissent porter et ça leur convient. »</p>	<p>IDE 2 :</p> <p>« Ce que l'on voit aussi ici, où il y a des patients qui ont vécu des violences sexuelles. Là, tu vois des différences entre ces patientes. Certaines vont être très libérées. On peut parler de tout et elles sont en quête de réponses. Ou au contraire, des dames très fermées »</p>

Objectif : Identifier les besoins de compréhension prépondérants des femmes dans le domaine de la santé reproductive

Les besoins diffèrent selon les patientes	Des besoins de compréhension à propos des processus biologiques	Des besoins de compréhension à propos de l'anatomie	Des besoins de compréhensions à propos de traitements et dispositifs médicaux	Des besoins de compréhension quant au parcours de PMA	Des besoins de compréhension quant au parcours de la femme enceinte
<p>IDE 1 :</p> <p>« Je pense que cela dépend vraiment des personnes. »</p> <p>« Donc je pense qu'il y a différents types de populations et donc différents besoins de compréhensions, différents niveaux. »</p> <p>IDE 2 :</p> <p>« J'ai l'impression que quand les femmes, les couples ont un désir d'enfant, ici en hospitalisation, il n'y a pas besoin de réexpliquer l'anatomie.»</p>	<p>IDE 1 :</p> <p>« un besoin de compréhension par rapport à la contraception qui leur est imposée alors qu'elles ont un souhait de grossesse, lorsque des saignements surviennent..., des métrorragies non contrôlées »</p> <p>« Il y a quand même une partie de la population où, vraiment, ... la</p>	<p>IDE 1 :</p> <p>« la base de l'anatomie ... parce que oui différencier un saignement vaginal d'un saignement urinaire, on a l'impression que c'est évident alors que pour ces femmes, c'est la même chose. »</p> <p>« Mais il y a un défaut d'éducation autour du corps de la femme, par la femme elle-même</p>	<p>IDE 1 :</p> <p>« Après, il y a des patientes qui sont déjà beaucoup plus renseignées, qui sont beaucoup plus au fait de leur corps, de comment ça fonctionne, qui sont peut être des fois dans des parcours depuis des années donc qui ont vraiment une bonne connaissance des choses. A ce moment-là, on est sur des choses plus pointues en termes d'apport avec, par exemple, le mécanisme d'action des médicaments qu'on leur</p>	<p>IDE 2 :</p> <p>« On va avoir aussi en post-opératoire le questionnement autour de la temporalité quant à la reprise des rapports sexuels, puisque il y a des patients qui, justement, ont fait des interventions dans le but de pouvoir après avoir un enfant. Donc il va y avoir</p>	<p>IDE 2 :</p> <p>« Mais par contre, on va souvent leur expliquer un petit peu ce qu'il va se passer, les rendez-vous avec la sage-femme, qu'il faut aller s'inscrire à la maternité. En fait, le parcours qui va, qui va suivre, ça c'est des choses qu'on peut rencontrer en fait, selon le public, selon les besoins, effectivement, on peut avoir des personnes qui ont</p>

<p>« Ici, on a quand même un public qui est défavorisé. Donc en général, je trouve que la population qu'on peut rencontrer, en hospitalisation ici, a parfois un manque de connaissances, un manque d'accompagnement de leur médecin traitant et donc elles viennent justement chercher ces réponses sur l'hôpital qui est présenté comme le pôle pour les femmes et les enfants. »</p>	<p>sexualité et [le] lien qui peut être fait entre avoir un rapport et tomber enceinte, ... a des lacunes là-dessus. » IDE 2 : « Et effectivement, on voit qu'il y a un réel manque de connaissances et je trouve davantage chez la femme, ... sur la sexualité et sur comment avoir un enfant et qu'est ce qu'il faut faire. »</p>	<p>qui est assez criant aux urgences notamment. » IDE 2 : « Et effectivement, on voit qu'il y a un réel manque de connaissances et je trouve davantage chez la femme, sur son anatomie »</p>	<p>propose, le lien qu'il y a entre leurs symptômes et le traitement qu'on leur propose en regard. » IDE 2 : « En hospitalisation, on ne parle pas beaucoup de la contraception. Ils en parlent plus aux urgences. Après nous on va, quand même, réexpliquer ... parce qu'on voit des femmes qui sont en quête de savoir ce dont elles ont besoin. »</p>	<p>tous ces conseils après. »</p>	<p>besoin de ça ; ne serait ce que pour être rassurés »</p>
---	---	---	--	-----------------------------------	---

Objectif : Identifier les besoins complémentaires aux besoins de compréhension des femmes

Un besoin d'accompagnement	Un besoin d'information	Un besoin social	Un besoin d'orientation	Un besoin d'apprentissage plus ou moins présent
<p>IDE 1 : « Je pense qu'il y a un besoin d'écoute » « Notamment sur des pathologies qui ont été tués pendant très longtemps comme l'endométriose » « Donc un besoin de compréhension, de reformulation. »</p> <p>IDE 2 : « Tu peux avoir ce genre de besoin , ... de l'accompagnement. » « Au niveau reproduction, ça va être aussi tout ce qui va être lié à la fausse couche aussi. Là, elles ont besoin d'accompagnement pour expliquer ce qu'il se passe. Il y a aussi besoin d'expliquer qu'il y a d'autres structures, qu'on n'est pas</p>	<p>IDE 2 : « Donc elles passent par le parcours PMA. Et certaines sont pleines de questions. Elles ont besoin d'être étayées parce que c'est un parcours qui est long et compliqué. » « Tu peux avoir ce genre de besoin , de l'information ... » « Mais par contre, on va souvent leur expliquer un petit peu ce qu'il va se passer, les rendez-vous avec la sage-femme, qu'il faut aller s'inscrire à la maternité ... »</p>	<p>IDE 1 : « Je pense aux urgences, le besoin de compréhension peut être associé à des besoins sociaux de tout ordre, de prise en charge sociale, des patientes qui arrivent avec l'aide médicale d'état. »</p>	<p>IDE 1 : « Ils peuvent être associés à des besoin d'orientation médicale, parce des fois elles arrivent aux urgences car elles n'ont pas de suivis gynécologiques ou par une sage-femme. Certaines ne savent pas que la sage-femme peut faire un suivi physiologique. Donc voilà, c'est aussi un besoin d'orientation. »</p>	<p><u>Le besoin d'apprentissage existe :</u> IDE 1 : « c'est quelque chose qui les handicape vraiment dans la vie et là elles vont vraiment manifester un besoin d'apprentissage. » <u>Mais il fluctue selon les patientes :</u> IDE 1 : « pour moi, le besoin d'apprentissage ne découle pas forcément du besoin de compréhension. Tout dépend de l'intérêt qu'elles portent à leurs interrogations, encore une fois ... est-ce-que c'est quelque chose avec lequel elles</p>

<p>seul, qu'on travaille en équipe, qu'il y a les psychologues, qu'il y a aussi des associations. »</p> <p>« les besoins qu'on peut rencontrer ça va être tout ce qui va être désir de grossesse, tout l'accompagnement des patientes qui veulent justement avoir un enfant. »</p> <p>« Et d'autres personnes qui ont vraiment besoin d'être étayées sur ça, là où il faut vraiment prendre des rendez-vous pour elles, et cetera. »</p>				<p>vivent dans leur quotidien et cela n'a aucun impact. »</p>
--	--	--	--	---

Thème : Les actions infirmières auprès des femmes ayant des besoins de compréhension

Objectif : Identifier les éléments et les méthodes permettant l'identification du besoin par les professionnels

Des ressources matérielles permettent l'identification des besoins	L'échange oral au service de l'identification	Des besoins repérés au décours d'autres activités de soins	Formulation directe des besoins de compréhension par la patiente ; elle-même
<p>IDE 1 :</p> <p>« Je pense que ce qui nous aide vraiment, aux urgences, c'est le questionnaire qui est déjà pré-établi qu'on suit globalement. On peut diverger si besoin mais on a une trame de base et déjà avec, on arrive à se dire : " Potentiellement, il y a des besoins d'explications un peu plus importants " grâce aux réponses apportées par les patientes à certaines questions. »</p> <p>« L'entretien infirmier est composé de questions telles que :</p> <ul style="list-style-type: none">- "Avez-vous une contraception ?", des fois elles vont dire "non".- "Avez-vous un désir de grossesse ?", "non"- "Avez-vous des rapports protégés ?", "non" . <p>Ah d'accord, donc là, il y a quelque chose. Je me demande si elles ont compris, si c'est un choix de ne pas avoir de contraception ou s'il peut y avoir une crainte par rapport aux hormones, par exemple, et là on peut discuter »</p>	<p>IDE 1 :</p> <p>« Dans le service, je pense que cette identification passe par le temps qu'on passe avec nos patientes et l'implication qu'on met après à discuter avec elles et essayer de s'intéresser et d'aller un peu plus loin dans la relation soignant-soigné. On l'identifie au fur et à mesure des discussions. »</p>	<p>IDE 2 :</p> <p>« Là je repense à la dame ... qu'il avait fallu éduquer aux autosondages, où on s'était aperçues que l'anatomie n'était pas forcément acquise pour tout le monde. »</p>	<p>IDE 2 :</p> <p>« Des fois il y a des gens qui viennent par eux-mêmes poser des questions et chercher des réponses et qui sont vraiment demandeurs. »</p>

Objectifs : Identifier les actions mises en oeuvre par les IDE pour répondre aux besoins de compréhension

Identifier les prérequis nécessaires aux IDE pour mettre en place ces actions, ainsi que leurs ressources

Identifier les obstacles à la mise en oeuvre de ce rôle infirmier

Les prérequis nécessaires à l'IDE pour mettre en place des actions (permettant la réponse aux besoins de compréhension)		Les ressources qui s'offrent à l'IDE	Les obstacles	Les actions mises en place par l'IDE pour répondre aux besoins de compréhension
Des connaissances	Des qualités soignantes	<u>L'équipe médicale</u> :	<u>La barrière de la langue</u> :	<u>Selon le besoin</u>
<p>IDE 1 :</p> <p>« Pour tenter de répondre à ce besoin, ... il faut avoir soi-même des connaissances »</p> <p>« il faut partir de ce que toi tu sais pour étayer un peu sa compréhension. On ne sait pas, ce que tu considères comme le “peu de chose que tu sais”, que tu vas pouvoir lui apporter c'est peut-être</p>	<p><u>De l'intérêt pour le domaine</u> :</p> <p>IDE 1 :</p> <p>« notre propre intérêt (moi je fais toujours des recherches). Je pense que si tu es dans un domaine qui ne t'intéresse pas, c'est plus difficile de s'investir. C'est de l'intérêt pour le domaine, pour la population soignée. J'ai toujours été</p>	<p>IDE 1 :</p> <p>« Et vraiment, mais je pense que c'est parce qu'on est dans un service qui le permet, discuter avec les médecins nous permet aussi de gagner en compétences et en informations et de se resservir de ces nouveaux savoirs pour des prochaines fois etcetera. Finalement, on</p>	<p>IDE 1 :</p> <p>« Avec la complexité aux urgences, en plus qu'on a, c'est de recevoir des patientes d'origines ethniques multiples. Donc en plus de la difficulté de compréhension de leur corps, il y a aussi la barrière de la langue. Ce qui met une difficulté en plus</p>	<p>IDE 1 :</p> <p>« Je pense que tout dépend de où se situe le besoin »</p> <p>« Après la mise en oeuvre va vraiment dépendre du besoin : est-ce que ça passe par un schéma, est-ce que ça passe par des explications orales. Si on est sur des choses un peu plus techniques, qu'on parle d'un soin, là du coup il faut prendre le temps de faire comme on nous apprend à l'école : de décomposer, de faire faire par la patiente. »</p> <p>IDE 2 :</p> <p>« De toute façon, si tu identifies qu'il y a une lacune, bon, c'est peut être envisageable qu'à</p>

<p>déjà beaucoup selon son niveau de connaissance et ses attentes. »</p> <p>IDE 2 :</p> <p>« Mais clairement, ce dont j'ai besoin pour répondre c'est des connaissances quoi. »</p> <p>« par mes connaissances »</p> <p><u>Théorie de la formation initiale:</u></p> <p>IDE 1 :</p> <p>« Si c'est un besoin où les apports que nous devons fournir nous ont été enseigné lors de notre formation infirmière, je pense, par exemple, à l'anatomie, à ce moment-là on peut réussir à mettre en œuvre des moyens ... Donc sur des</p>	<p>passionnée par la femme.»</p> <p><u>De l'empathie :</u></p> <p>IDE 1 :</p> <p>« Je pense qu'on en revient toujours à l'empathie, à la relation soignant-soigné »</p> <p><u>Reconnaître ses limites:</u></p> <p>IDE 1 :</p> <p>« Une dame m'avait posé une question dessus dernièrement, je lui ai dit que je n'étais pas capable d'y répondre. Réussir à avouer qu'on n'est pas capable et qu'on ne sait pas tout, c'est important.»</p> <p>« Il faut être capable de savoir où nos compétences s'arrêtent.»</p>	<p>étouffe un petit peu sa pratique et ses connaissances également. »</p> <p>« Dans le service, on a une visite médicale quotidienne, donc si vraiment, il y a un besoin urgent, il ne faut pas hésiter à ajouter cette question-là et se dire que l'interne pourra prendre un temps pour en parler. »</p> <p>IDE 2 :</p> <p>« On y répond en équipe. Le fait qu'on soit dans un CHU, c'est super. Ça peut être le gynécologue, la PMIste»</p>	<p>pour nous aussi où on n'est pas très à l'aise pour expliquer les choses non plus. En anglais, on peut essayer de se débrouiller, au-delà c'est compliqué. Alors comment on fait pour être suffisamment clair dans nos explications ?»</p> <p>IDE 2 :</p> <p>« ça peut vraiment venir de la barrière de la langue. »</p> <p><u>La réticence des patientes :</u></p> <p>IDE 1 :</p> <p>« Donc il y a ... l'intérêt des patientes. Des fois, on est face à</p>	<p>la fin de ta séance tu aies comblé ça avec les différentes ressources. Par ailleurs, si tu en trouves plusieurs et que tu comprends que c'est des choses qui sont ancrées depuis aussi tellement longtemps comme le schéma corporel où quand tu parles à une femme de 40 ans de son schéma corporel, c'est pas instantané. Il faut déconstruire le schéma que tu t'étais donné avant. c'est ancré dans le mécanisme, dans l'éducation aussi parce que on apprend pas à faire sa toilette tout seul au début ... on voit que bah plus on va le répéter aussi, plus ça va impacter la patiente. Tout ne dépend pas d'une seule fois, non.»</p> <p><u>Selon la patiente :</u></p> <p>IDE 1 :</p> <p>« si elles sont ouvertes à la discussion ; même si ce n'est pas toujours le cas. »</p> <p>« Des fois, il faut aussi repartir de la vision de la patiente. »</p> <p>« Il faut donc repartir de là. »</p> <p>IDE 2 :</p>
---	---	---	--	--

<p>choses apprises en formation je pense qu'on peut arriver à mettre en place des actions facilement. »</p> <p>« le bagage qu'on se crée lors de la formation initiale »</p> <p><u>De l'expérience et des connaissances acquises sur le terrain :</u></p> <p>IDE 1 :</p> <p>« Sur des choses plus complexes, je pense qu'on parvient à mettre des choses en place grâce à l'expérience dans le service et les connaissances que tu as réussi à engranger sur le terrain »</p>	<p>IDE 2 :</p> <p>« Pour maintenir ta relation de confiance, il faut aussi avoir l'honnêteté de dire quand toi tu arrives au bout de tes compétences. »</p> <p><u>Créer une relation soignant-soigné égale :</u></p> <p>IDE 1 :</p> <p>« Faire pour faire, je pense qu'il y a pas d'intérêt. Il faut qu'elle trouve un intérêt pour elles et pour leur santé ; et qu'elles se sentent actrices aussi de leur prise en charge. »</p>	<p><u>L'équipe paramédicale :</u></p> <p>IDE 2 :</p> <p>« On a des collègues, aussi, qui sont expertes sur ces domaines-là. »</p> <p>« je trouve que les collègues, c'est une grande ressource. »</p> <p><u>Les professionnels du CHU :</u></p> <p>IDE 2 :</p> <p>« Il existe des interprètes au CHU, on a cette chance »</p> <p><u>Des supports matériels :</u></p> <p>IDE 1 :</p> <p>« Au niveau du matériel, aux urgences, on a des plaquettes qui ont été créées sur la grossesse extra-utérine.</p>	<p>des jeunes femmes qui s'en fichent quoi ... elle avait une réponse très détachée. Sa santé sexuelle là, ne l'importait pas du tout. On ne sait pas si c'est du déni ou de la libération... Cette jeune fille n'était pas du tout ouverte. Ça montre bien que le manque d'intérêt des patientes pour leur propre santé peut être un réel obstacle.»</p> <p>« Tout dépend de comment c'est reçu par la patiente. On décèle un besoin, après elle comment elle le reçoit, comment elle</p>	<p>« Et je lui ai proposé, ... plusieurs manières de visualiser les choses. Tout n'était pas adapté donc le but c'est vraiment de proposer plusieurs idées. Il faut que la patiente se sente concernée et qu'elle puisse choisir ce qui lui correspond le plus. On leur donne des clés. »</p> <p>« C'est selon l'ampleur des lacunes, en fonction de l'histoire du patient, en fonction de son âge, de son vécu, de son histoire personnelle. Ce que l'on voit aussi ici, où il y a des patients qui ont vécu des violences sexuelles. Là, tu vois des différences entre ces patientes. Certaines vont être très libérées. On peut parler de tout et elles sont en quête de réponses. Ou au contraire, des dames très fermées ; et là, c'est vraiment une reconstruction personnelle. »</p> <p>« c'était hors de question de mettre une serviette ou un tampon. C'était trop intrusif, ça lui rappelait une histoire difficile pour elle ... c'est ce qui lui correspondait le plus par rapport à sa problématique à elle »</p>
--	--	---	--	---

<p><u>En formation continue :</u></p> <p>IDE 1 :</p> <p>« Si on résume ce qu'on a dit, il y a ... la formation continue »</p> <p>IDE 2 :</p> <p>« Il existe aussi plein de journées pour se former ... Tout ne s'arrête pas au diplôme. »</p> <p><u>Grâce à des recherches personnelles :</u></p> <p>IDE 2 :</p> <p>« Je sais qu'il y avait quelque chose que je ne maîtrisais pas ... je suis allée voir une ponction d'ovocytes parce que j'arrivais pas à visualiser ce que ça pouvait être ... on a beaucoup de patientes qui viennent</p>	<p><u>Etablir une relation de confiance :</u></p> <p>IDE 2 :</p> <p>« Il faut alors tout mettre en place pour elles, pour vraiment créer cette relation de confiance ... il faut commencer par avoir une relation établie pour pouvoir aborder ces notions. Moi je pense qu'on ne peut pas rentrer dans l'intime, ni apprendre à quelqu'un quoi que ce soit s'il n'a pas confiance en toi, s'il te connaît pas. »</p> <p>« Si tu ne crées pas de relation, tout ce que tu pourras mettre en place ne va pas forcément fonctionner. »</p>	<p>Elles sont à destination des patients et expliquent les deux traitements possibles avec l'injection de méthotrexate ou la chirurgie... ça permet d'avoir un support en plus mais même si on leur explique toujours à l'oral l'intérêt de la surveillance ...»</p> <p>« Après à notre niveau, on a quelques classeurs de protocoles »</p> <p>IDE 2 :</p> <p>« Il y a aussi des applications comme "Médipicto", qui nous permettent de communiquer. Elle aborde le désir de grossesse, la</p>	<p>perçoit le fait qu'on veuille l'aider entre guillemets. Est-ce que pour elle c'est quelque chose qu'elle reçoit positivement ou est-ce que c'est le contraire?</p> <p>Il y a des fois, aux urgences, où on voit bien qu'elles peuvent se vexer quand on essaie un peu trop. »</p> <p>« Mais ça je pense qu'être acteur de la prise en charge, c'est pas important pour tout le monde pareil, pas tout le monde au même niveau. On a des patientes aussi très demandeuses d'être actrices de leur prise en charge ; d'autres</p>	<p><u>Le temps, gage d'efficacité :</u></p> <p>IDE 1 :</p> <p>« Après, je pense qu'en prenant le temps de faire les choses, ça se fera. Le temps, c'est vraiment la clé »</p> <p><u>Les actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>reformuler :</u> <p>IDE 2 :</p> <p>« En hospitalisation, on ne parle pas beaucoup de la contraception. Ils en parlent plus aux urgences. Après nous on va, quand même, réexpliquer s'il y a besoin, reformuler, pouvoir leur dire aussi quels sont les différents moyens de contraception existants»</p> <p>« il faut être en capacité de reformuler ce qu'est un blastocyste, ce que c'est un embryon ; des termes un peu plus médicaux »</p> <p>« Moi j'étais là pour reformuler. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>utiliser le non-verbal :</u> <p>IDE 2 :</p> <p>« Le mime aussi, tout ce qui va être non verbal. »</p>
---	---	---	--	--

<p>pour des hyperstimulations après en post-op et je n'arrivais pas vraiment à comprendre ce phénomène. Et donc j'ai demandé ... de pouvoir aller assister et de comprendre. »</p> <p>« je me suis aidée quand même de recherches personnelles. ... j'ai vraiment fait un cheminement comme si j'étais une patiente ... Le but c'était vraiment de comprendre tout ce qui se passait et aussi cette attente qui est très importante en fait pour ces couples ... Il faut toujours être en recherche perpétuelle de</p>	<p>« nous on est des femmes. C'est d'autant plus facile de parler d'une femme. On est constitué de la même façon notre appareil génital et au même endroit ... mais c'est davantage plus facile de parler de son expérience en tant que femme. Parce que souvent elles vont nous interroger: "Et vous, comment ça se passe ? ... on voit bien que la relation se crée, que la patiente a besoin aussi de s'identifier aux soignants »</p> <p>« on a créé une relation, un peu de confiance et que du coup tu peux plus facilement répondre aux besoins. »</p>	<p>contraception, le retour des règles. Il y a douze ou treize langues dessus.»</p> <p>« mais il y a aussi énormément de revues»</p> <p><u>Les aidants :</u></p> <p>IDE 1 :</p> <p>« mais je pense que la présence des conjointes est importante Mais dans le service, les conjoints sont souvent très au fait des pathologies de leur conjointe. Ils connaissent la douleur de leur compagne, ils</p>	<p>personnes se laissent porter et ça leur convient. »</p> <p>IDE 2 :</p> <p>« Si elle n'a pas envie d'être réceptive à tes infos, il ne faut pas forcer, il ne faut pas s'agacer. »</p> <p><u>Le manque de temps :</u></p> <p>IDE 1 :</p> <p>« Le temps dont on dispose peut aussi être un obstacle</p> <p>« Il y a trop d'enjeux des fois sur certains points. Si on n'a pas le temps de se poser, tu ne peux rien mettre en place. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>schématiser :</u> <p>IDE 1 :</p> <p>« moi j'ai déjà fait un schéma aux urgences pour différencier le méat urinaire d'un vagin, par exemple »</p> <p>IDE 2 :</p> <p>« Et puis, on se débrouille aussi comme on peut. Par exemple, la patiente dont on parlait qu'on avait dû éduquer à l'auto-sondage, moi j'avais dessiné dans la chambre sur ce que je trouvais. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>proposer une trace écrite :</u> <p>IDE 1 :</p> <p>« Au niveau du matériel , aux urgences, on a des plaquettes qui ont été créées sur la grossesse extra-utérine elles sont remises aux patientes une fois que le diagnostic est posé. Cela permet de leur expliquer la prise en charge, le fait qu'elles vont devoir revenir tous les "tant de temps", pourquoi, qu'est ce que l'on cherche ? »</p>
--	--	--	---	--

<p>connaissances ... Il faut s'investir dans le service, mais aussi à la maison. »</p>	<p><u>Du respect</u> :</p> <p>IDE 2 :</p> <p>« Je pense que pour toute éducation ... le patient a besoin de sentir que c'est du respect mutuel, qu'on est capable de communiquer. »</p> <p>« Là, tu t'interroges sur un sujet intime. Il faut avoir du tact, l'intelligence de l'autre et du respect mutuel. »</p> <p>« il faut toujours laisser le choix au patient ; la notion de consentement est toujours essentielle. »</p>	<p>sont habitués. C'est un aidant, une ressource.</p> <p>Il faut profiter de leur présence, s'en saisir. »</p> <p>IDE 2 :</p> <p>« il y a aussi l'entourage de la patiente parce que des fois, effectivement, elle ne sait pas forcément exprimer, mais il y a aussi le compagnon, les enfants parfois aussi. »</p>	<p><u>L'organisation du service</u> :</p> <p>IDE 1 :</p> <p>« l'organisation du service aussi [peut être un obstacle]. Il y a une composante organisationnelle. T'as pu le constater, s'il y a une infirmière en moins, tout est bousculé au niveau de la prise en charge des patientes. On aurait donc besoin de plus de temps, d'effectifs complets tous les jours. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>accompagner les patientes dans les démarches</u> : <p>IDE 2 :</p> <p>« On avait aussi regardé sur internet toutes les deux pour envisager d'acheter des culottes menstruelles. »</p> <p>« Donc là, on avait parlé des culottes menstruelles, ce qu'on a acheté et ce qu'elle a pu mettre en place »</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>faire intervenir le corps médical</u> : <p>IDE 1 :</p> <p>« J'ai demandé à l'interne de prendre deux minutes pour répondre à la patiente. Ça ne lui a pris que deux minutes et la patiente est repartie avec des réponses claires sur la reprise de ses traitements. »</p>
--	--	--	--	--

Objectif : Identifier les conséquences de la réponse aux besoins de compréhensions des femmes dans le domaine de la santé reproductive

Les soignants observent des changements	Les soignants ne peuvent pas en observer
<p>IDE 1 : « Je pense que l'évolution, l'acquisition est plus visible quand on fait de l'éducation thérapeutique "vraie", concrète, matérielle. »</p> <p>IDE 2 : « ça me fait penser que justement, ce qu'on avait mis en place, ça avait pu permettre un changement. » « On voyait que la relation par rapport à ça, à son corps aussi avait changé. »</p> <p><u>Les patientes sont plus autonomes :</u></p> <p>IDE 1 : « En fait, on observe toujours un gain en autonomie. »</p> <p>IDE 2 : « Elle a appris à être autonome chez elle, que ce soit dans son anatomie et dans ses gestes. »</p>	<p>IDE 1 : « Ensuite, je pense que la temporalité n'est pas assez longue, aux urgences, pour observer des changements de comportement. Par exemple, on ne va pas pouvoir observer, après avoir répondu à des questionnements sur la contraception, une patiente qui décide de changer de méthode contraceptive ou autre. » « Ca, on ne peut pas le voir. La temporalité est trop courte. »</p>

Objectif : Identifier le ressenti du professionnel face à des situations de réponse à des besoins de compréhension

Frustration	Sentiment d'être intrusif	Satisfaction
<p>IDE 2 : « Ca peut être frustrant de ne pas avoir la possibilité de toujours se faire comprendre ou effectivement ne pas pouvoir avoir ce temps dédié où on peut se rencontrer dans un temps calme. Parce que dans l'idéal, ce serait de pouvoir lui dire "Attendez, on va se rencontrer". Donc oui, ça a ce côté là un petit peu frustrant. »</p>	<p>IDE 1 : « On peut avoir le sentiment qu'on s'immisce trop dans leur sphère intime. Donc, on rétro-pédale si ça ne leur convient pas. Tu te re-positionnes. »</p>	<p>IDE 1 : « C'est toujours plaisant quand tu vois une évolution positive et ça arrive. »</p> <p>IDE 2 : « Mais tu crées une relation très différente aussi avec la patiente, à partir du moment où elle commence à exprimer ses difficultés et que toi tu vas pouvoir justement apporter des réponses. Peu importe que t'aies le temps ou pas, ça crée une relation un petit peu particulière parce que là, ça rentre dans l'intime de parler de reproduction en fait. Donc effectivement, je trouve que tu crées une relation de confiance, oui, et ça c'est plutôt satisfaisant finalement. Donc t'as envie de continuer à apporter encore plus de réponses à cette patiente. Oui, donc ça motive un autre intérêt. C'est un cercle vertueux. »</p> <p>« J'ai été plutôt satisfaite de voir que ça pouvait évoluer. »</p>

Abstract

NOM : SALVAN

PRÉNOM : Clara

TITRE DU MÉMOIRE : Besoins de compréhension en santé reproductive, le rôle de l'infirmier auprès des femmes

During my practical training, I was faced with unusual situations. This is why I chose to examine the nurse's role in dealing with women in general care who have understanding needs in the field of reproductive health. After having defined the main concepts, I inquired into this with two nurses working in gynaecology care units in semi-structured interviews, which revealed different results. They identify 4 components of the nurse's role : support, information, education and prevention. Meeting women's needs for understanding requires knowledge, and the knowledge acquired during initial training is not enough. Thus, you have to make a personal investment to acquire additional knowledge. Establishing a relationship between the carer and the patient is also essential. Caregivers are often confronted with patients' lack of interest, language barriers and lack of time. Secondly, we compare the results of the interviews with the theoretical data. Women's need for understanding is linked to gender and social inequalities. Contrary to what we thought, not all women want to fill their gaps. But misunderstandings can put them at risk. Education was identified as the most effective method, but in practice it cannot be the only one put in place. Other actions exist and are effective. These interventions need to be modulated according to the time available and the patient. The nurses felt that they were being too intrusive, revealing the existence of their own representations of reproductive health. Finally, understanding allows women to become more autonomous and to decide freely.

This research has led me to a new hypothesis : to what extent can the deconstruction of nursing representations contribute to risk prevention in the field of reproductive health ?

Pour mon mémoire et suite à différentes situations de stage, j'ai choisi de me questionner quant au rôle de l'infirmier auprès de femmes hospitalisées en soins généraux présentant un besoin de compréhension dans le domaine de la santé reproductive.

Après avoir défini les notions principales, j'ai interrogé deux infirmières de gynécologie au cours d'entretiens semi-directifs qui ont révélé différents résultats. Les soignantes notent 4 composantes du rôle propre de l'infirmier : l'accompagnement, l'information, l'éducation et la prévention. Pour répondre aux besoins de compréhension des femmes, il faut avoir des connaissances, or celles acquises lors de la formation initiale ne sont pas suffisantes. Il faut donc s'investir personnellement pour acquérir des notions supplémentaires. Établir une relation soignant-soigné est également indispensable. Les soignants peuvent être confrontés à des obstacles tels que le désintérêt des patientes, la barrière de la langue et le manque de temps. Au sein de la discussion, nous confrontons les résultats des entretiens aux données théoriques. Tout d'abord, les besoins de compréhension des femmes sont liés à des inégalités de genre et sociales. A l'inverse de ce que nous pensions, toutes les femmes ne souhaitent pas combler leurs lacunes. Or, des incompréhensions peuvent les mettre en danger. L'éducation était identifiée comme la méthode la plus efficace mais sur le terrain, elle ne peut pas être la seule mise en place. D'autres actions existent et sont efficaces. Ces interventions seront à moduler selon le temps et la patiente. Les infirmières ont le sentiment d'être trop intrusives, révélant l'existence de leurs propres représentations quant à la santé reproductive. Enfin, la compréhension permet aux femmes un gain en autonomie et de décider librement. Ainsi, il serait intéressant de se demander dans quelles mesures la déconstruction des représentations infirmières peut-elle contribuer à la prévention des risques dans le domaine de la santé reproductive ?

KEY WORDS : Nursing role, Understanding, Reproductive health, Women, Adaptation

MOTS CLÉS : Rôle infirmier, Compréhension, Santé reproductive, Femme, Adaptation

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Années de formation : 2021-2024