

MARIE LACOMBE

**LES PERCEPTIONS DES INFIRMIÈRES DE LA SITUATION
DES FEMMES QUI VIVENT UNE FAUSSE-COUCHE**

Mémoire
présenté
à la Faculté des études supérieures
de l'Université Laval
pour l'obtention
du grade de maître ès sciences (M.Sc.)

**FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES
UNIVERSITÉ LAVAL**

AVRIL 1998

© Marie Lacombe, 1998



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-31742-0

Canada

RÉSUMÉ

La recherche présentée visait à identifier les perceptions des infirmières en regard des soins émotionnels et à vérifier l'influence de leurs caractéristiques personnelles et professionnelles sur les perceptions qu'elles ont des soins à donner aux femmes vivant une fausse-couche. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire auto-administré auprès de 103 infirmières. Les perceptions des répondantes ont été mesurées à l'aide du «Emotional Care» (Reed, 1987) et la désirabilité sociale à partir du «Balanced Inventory of Desirable Responding» (Paulhus, 1988). Le test de corrélation et l'analyse de variance ont principalement été utilisés pour analyser les données. Les résultats de l'étude indiquent que les participantes ont obtenu des cotes plutôt élevées concernant l'impact émotionnel, la priorité accordée aux soins et le soutien émotionnel. Le fait de se sentir à l'aise ou non a obtenu le résultat le plus faible, c'est aussi pour cet aspect que s'observe la plus forte influence de la désirabilité sociale. Il faut, en conséquence, interpréter avec prudence les résultats obtenus.

Marie Lacombe
Étudiante

Louise Pelletier
Directrice de recherche

AVANT-PROPOS

La réalisation de ce mémoire de maîtrise a été possible grâce à la participation des infirmières d'un centre hospitalier de la région de Montréal. Un merci tout spécial à Suzie Fréchette, consultante en deuil périnatal dans cet établissement. Sa participation à cette recherche fut des plus précieuses pour la cueillette des données. Cette étude a pu aussi être concrétisée grâce à l'appui et à la collaboration de plusieurs autres personnes.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à ma directrice de recherche, Louise Pelletier, avec qui j'ai eu le privilège de travailler tout au long du processus de l'étude. Elle me guidait avec justesse et rigueur lors de mes apprentissages.

Je remercie également Linda Lepage pour les conseils judicieux, les suggestions émises lors des diverses étapes de la production de ce mémoire.

Je suis également très reconnaissante à Rachelle Turnclife, pour avoir participé activement à la traduction d'un questionnaire. Je remercie chaleureusement Josée Dubé pour sa collaboration en bureautique-informatique.

Mes remerciements s'étendent aussi à ma famille pour le soutien apporté lors des différentes étapes de ce mémoire.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	i
TABLE DES MATIÈRES	ii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES FIGURES	vi
CHAPITRE I LA PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	1
CHAPITRE II LA RECENSION DES ÉCRITS	9
2.1 Le processus d'attachement et la reconnaissance du droit au deuil	9
2.2 Les réactions émotionnelles des femmes et de leur famille lors d'une fausse-couche	12
2.3 Le soutien lors d'un deuil périnatal	18
2.4 Le soutien lors d'une fausse-couche	21
2.4.1 Le soutien de l'entourage	22
2.4.2 Le soutien des infirmières et des autres professionnels	24
CHAPITRE III LE CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE	32
CHAPITRE IV LA MÉTHODOLOGIE	42
4.1 La population à l'étude et la taille de l'échantillon	42
4.2 Les considérations éthiques	43
4.3 Le mode de recrutement et de collecte des données	44
4.4 Les critères de sélection des participants à l'étude	45
4.5 Les instruments de mesure et leurs qualités métrologiques	45
4.5.1 La mesure des différents aspects émotionnels des soins lors d'une fausse-couche	45
4.5.2 La procédure pour le pré-test du «Emotional Care Instrument»	48
4.5.3 La mesure de la désirabilité sociale	48
4.5.4 Les caractéristiques personnelles et professionnelles	50
4.6 Le plan d'analyse des données	50

CHAPITRE V	LES RÉSULTATS	52
5.1	La vérification de la consistance interne des instruments de mesure dans la population étudiée	52
5.1.1	La mesure des soins émotionnels	53
5.1.2	La mesure de la désirabilité sociale	54
5.2	Les caractéristiques personnelles et professionnelles des infirmières	55
5.2.1	Les caractéristiques personnelles des infirmières	55
5.2.2	Les caractéristiques professionnelles des infirmières	57
5.3	La description des perceptions des infirmières concernant les soins émotionnels	60
5.4	Les relations entre les variables	62
5.5	Les résultats des analyses de variance univariées et multivariées	67
CHAPITRE VI	LA DISCUSSION	72
6.1	Les quatre dimensions des soins émotionnels	73
6.2	L'influence des caractéristiques personnelles et professionnelles sur les perceptions des soins émotionnels	75
6.3	Les implications des résultats pour l'intervention découlant du cadre théorique utilisé	78
6.4	Les limites de l'étude	81
CHAPITRE VII	LA CONCLUSION	85
BIBLIOGRAPHIE		87
ANNEXE 1	Confirmation du Centre Hospitalier Pierre-Boucher	94
ANNEXE 2	Formulaire de consentement	96
ANNEXE 3	Questionnaire - Sections 1, 2 et 3	99
ANNEXE 4	Grille d'évaluation de la désirabilité sociale	108

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Consistance interne de la mesure des soins émotionnels	53
Tableau II	Consistance interne de la mesure de la désirabilité sociale	54
Tableau III	Distribution de fréquences des caractéristiques personnelles des infirmières	56
Tableau IV	Distribution de fréquences des caractéristiques professionnelles des infirmières	59
Tableau V	Moyennes et écarts types des soins émotionnels	60
Tableau VI	Moyennes et écarts types de la désirabilité sociale	61
Tableau VII	Matrice de corrélation des caractéristiques personnelles avec les dimensions des soins émotionnels	63
Tableau VIII	Matrice de corrélation des caractéristiques professionnelles avec les dimensions des soins émotionnels	65
Tableau IX	Matrice de corrélation entre les caractéristiques personnelles et les caractéristiques professionnelles des répondantes	66

Tableau X	Résultats de l'analyse de variance univariée de l'ensemble des soins émotionnels en fonction des caractéristiques personnelles	67
Tableau XI	Résultats de l'analyse de variance multivariée des dimensions des soins émotionnels en fonction de l'AMI	68
Tableau XII	Résultats de l'analyse de variance univariée de l'ensemble des soins émotionnels en fonction des caractéristiques professionnelles	69
Tableau XIII	Résultats de l'analyse de variance multivariée des dimensions des soins émotionnels en fonction du statut d'emploi	70
Tableau XIV	Résultats de l'analyse de variance multivariée des dimensions des soins émotionnels en fonction de la scolarité supplémentaire	71

LISTE DES FIGURES

Figure I	Schématisation de la théorie du «caring» de Watson	35
Figure II	Cadre d'analyse	41

CHAPITRE I

LA PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Le terme fausse-couche ou avortement spontané est défini par la mort d'un embryon non viable ou d'un fœtus pesant moins de 500 g durant les vingt premières semaines de grossesse (Hutti, 1988). Un consensus autour de cette définition est établi chez les auteurs ayant écrit sur le sujet.

La fréquence réelle des fausses-couches est difficile à estimer, car certaines sont très précoces, avant même qu'il y ait eu un retard de menstruation ou un diagnostic de grossesse. Généralement, on estime que les fausses-couches sont de l'ordre de 15 à 20 % de toutes les grossesses connues (Hutti, 1988). Des statistiques plus récentes du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (M.S.S.S.Q) (1994) indiquent que le taux d'avortements spontanés est relativement stable, soit entre 12,4 % et 15,2 % de 1990 à 1994, ce qui correspond à environ 12 000 avortements spontanés pour 93 000 naissances. Il faut toutefois considérer que les statistiques sont constituées à partir des données d'hospitalisation, ce qui laisse croire une proportion plus grande de femmes qui vivent un avortement spontané. Les études épidémiologiques indiquent que lorsqu'une femme a fait une fausse-couche spontanée, le risque de fausse-couche à la grossesse suivante est très légèrement augmenté. Après deux ou trois fausses-couches successives, le risque de répétition augmente plus nettement. Ainsi après deux fausses-couches, il est estimé à 30 %, et aux environs de 40 % après trois fausses-couches (Legrand et Garel, 1990).

Si la définition médicale de la fausse-couche est simple, l'aspect psychologique de cet événement est toutefois un peu plus complexe. Du point de vue médical, la première fausse-couche est considérée comme banale, sans gravité et ne compromet que rarement le succès des grossesses futures. Cependant, même si les fausses-couches sont des événements fréquents, des histoires communes, l'expérience vécue prend un sens différent pour chaque femme.

La perception de la situation de la fausse-couche varie selon les femmes. Certaines femmes vivent leur fausse-couche comme un événement de la vie et non comme un sentiment de perte. Certaines autres peuvent même ressentir un soulagement lorsque la grossesse était non planifiée ou compliquée. Mais, la majorité des femmes pleurent réellement le bébé qu'elles viennent de perdre et vivent des émotions intenses associées au deuil. Une étude a même démontré que 40 % des femmes qui ne désiraient pas la grossesse ont quand même vécu des sentiments de perte associés au deuil après un avortement spontané (Zaccardi et al., 1993).

Selon Champagne et al. (1993), on peut «faire» une fausse-couche et réussir à voir cet événement au niveau de son corps seulement; alors on peut avoir l'impression que cela ne dérange pas dans son cœur. Selon ces auteurs, on ne «fait» pas une fausse-couche, on «vit» une fausse-couche et si la femme ne reconnaît pas la perte qui y est reliée, il est probable que celle-ci cherchera à s'exprimer par la voie de différentes manifestations psychologiques ou physiques; ces malaises persisteront tant que la femme ne prendra pas contact avec la peine qu'elle a évitée inconsciemment.

Souvent la société considère la fausse-couche comme un événement mineur qui peut facilement être oublié par une prochaine grossesse, mais la plupart des parents sentent que l'enfant perdu ne pourra jamais être remplacé (Catlin, 1989; Hutti, 1988). Les propos d'une patiente ayant vécu une fausse-couche illustrent bien l'importance d'un tel événement : «S'il est une chose que je voudrais faire comprendre à tous ceux qui n'ont pas fait l'expérience d'une fausse-couche, c'est qu'il s'agit d'une véritable perte... c'est le décès d'un enfant qu'on est en droit de pleurer» (Rando, 1984, p. 132).

Certains écrits consultés rapportent que les femmes qui vivent l'expérience d'une fausse-couche perçoivent les infirmières comme froides et indifférentes à leur situation, qu'elles ont tendance à se cacher derrière le masque que constitue leur uniforme, qu'elles ne s'impliquent pas émotionnellement, qu'elles ne comprennent pas les besoins psychologiques et les réactions des patientes (Catlin, 1989; Hutti, 1984; Hutti, 1988; Lowell, 1983; Wall-Haas, 1985). Campbell, lors d'une étude en 1988, a interrogé 30 couples qui ont vécu l'expérience d'une fausse-couche. L'auteure ne donne aucune précision sur la nature des entrevues effectuées. Elle précise toutefois que plusieurs familles ont affirmé qu'elles n'ont pas reçu le soutien désiré en milieu hospitalier et que leur détresse psychologique fut souvent non reconnue. De plus, une étude effectuée au Maryland (Beil, 1992) a démontré que l'intensité du deuil était inversement proportionnelle à la satisfaction des femmes envers les soins reçus.

Il est à souligner que le type de soutien que la femme reçoit est relié à la reconnaissance du deuil lors de cet événement tant par les infirmières et les

médecins que par le conjoint, la famille et les amis (Friedman & Gradstein, 1982). Si le soutien fait défaut, le deuil peut devenir compliqué, la situation peut s'aggraver. La non reconnaissance de la perte ressentie et du deuil qui l'accompagne ainsi que le sentiment d'impuissance vécu par l'entourage peuvent se refléter par des commentaires tels que : «Hé bien, tu es jeune, tu peux en avoir un autre, au moins tu n'étais pas attachée à celui-là».

Une expérience personnelle a permis à l'auteure de ce mémoire de comprendre de l'intérieur, ce que signifie «vivre une fausse-couche» et de mesurer l'ampleur de la souffrance psychologique vécue lors d'un tel événement. Je vivais un conte de fée avec un bébé adoré jusqu'à ce que je sache que j'avais une rupture prématurée des membranes lors d'une échographie à treize semaines de grossesse. À ce stade de la grossesse, il n'y avait aucun espoir de sauvegarder le bébé. Je peux dire en toute honnêteté que j'aurais donné n'importe quoi pour gagner du temps afin qu'il grandisse vite et que j'accouche de ce bébé tant attendu. Mais non, rien à faire, la bulle du bébé était éclatée ainsi que mon rêve de donner naissance à un enfant auquel je m'étais déjà attachée. La journée de mon curetage arrivée, l'heure était sonnée de se quitter. Une histoire d'amour qui à mon avis fut de trop courte durée et qui aurait pu se prolonger encore et encore. J'ai été hospitalisée pendant une période de dix jours suite à des complications et personne n'a osé me parler ouvertement de la perte de mon bébé. J'aurais tant apprécié, dans des moments aussi difficiles, être soutenue par l'équipe soignante et sentir qu'elle m'accompagnait dans mon vécu. Cette expérience personnelle m'a confirmé que la femme qui vit une fausse-couche a besoin davantage de la compassion que du savoir technique de l'infirmière.

Quoique la littérature américaine ou britannique rapporte des études portant sur des programmes d'accompagnement à travers un deuil post-avortement spontané (Brown, 1992; Ewton, 1993; Lorenzen & Holzgreve, 1995), il existe peu de programmes dans les hôpitaux et dans les centres locaux des services communautaires (C.L.S.C.) du Québec ayant pour objectif de soutenir les femmes ayant vécu une fausse-couche. Quelques exceptions confirment la règle. Par exemple dans un centre hospitalier de la région de Montréal, une infirmière en périnatalité est libérée de sa tâche une journée par semaine pour agir comme consultante en deuil périnatal. De plus, une équipe d'infirmières assure «bénévolement» un suivi. Elles offrent aux parents qui perdent un bébé après 16 semaines de grossesse de recevoir la visite d'une intervenante de l'équipe. Les parents vivant une fausse-couche plus précoce peuvent aussi être rencontrés à la demande du médecin traitant, de l'infirmière soignante ou des parents eux-mêmes. Les infirmières travaillent à mettre sur pied un programme qui offrirait une relance téléphonique à toutes les mères qui vivent une fausse-couche précoce. Dans deux autres centres hospitaliers, une brochure sur la fausse-couche est remise aux femmes les informant des réactions émotionnelles possibles et du groupe de soutien auquel elles peuvent adhérer.

Tous les embryons et foetus recueillis au centre hospitalier dont il est question ci-dessus sont incinérés ensemble et déposés dans une urne. Les corps des embryons et des foetus décédés sont loin d'être traités avec autant de respect dans la majorité des hôpitaux. Chaque premier dimanche du mois de mai, il y a mise en niche lors d'une cérémonie religieuse à un colombarium de la région. À la chapelle du centre hospitalier, une messe est chantée un samedi par mois à la mémoire de tous les bébés décédés, quel que soit l'âge de la grossesse.

La quasi-absence de programmes et d'interventions visant à aider les femmes vivant une fausse-couche pourrait être attribuable à certains facteurs organisationnels : le surplus de travail, le manque de stabilité du personnel et le soutien inadéquat des infirmières dans la concrétisation de cet aspect de leur rôle. D'autres facteurs peuvent aussi être considérés, il peut s'agir de l'absence de formation adéquate et d'une méconnaissance de la problématique.

Serait-ce que généralement, en milieu hospitalier, ces femmes ne sont pas perçues comme des femmes en deuil, mais comme des femmes qui ont besoin d'une chirurgie? Hormis ces facteurs, à quoi peut-on attribuer le peu d'attention que reçoivent les femmes qui vivent une fausse-couche? Certains auteurs rapportent que les infirmières se sentent mal à l'aise ou semblent indifférentes face à ce que les femmes vivent lors d'une fausse-couche. Peu d'études ont cependant cherché à comprendre ces attitudes. Parmi les études recensées, celles de Oakley (1986), de Reed (1992) et de Wall-Haas (1985) ont indiqué que les attitudes froides et indifférentes des infirmières envers les femmes sont reliées à la perception qu'elles ont de la fausse-couche comme étant une situation médicale simple et non menaçante pour la santé. D'après les résultats de ces études, les infirmières ne voient pas que la fausse-couche puisse avoir un impact émotionnel puisque la situation physique n'est pas sérieuse. Comme l'impact de la perte n'est souvent pas reconnu, la femme, dans bien des cas, doit vivre une fausse-couche sans le type de soutien qui lui serait nécessaire. Le soutien émotionnel que les infirmières pourraient offrir aux femmes vivant une fausse-couche est un aspect important des fonctions autonomes des infirmières qui demeurent à développer.

En développant davantage cet aspect autonome de leur rôle, les infirmières pourraient se sentir valorisées et augmenter leur autonomie vis-à-vis les autres intervenants.

La question de recherche retenue dans le cadre de cette étude est la suivante : quelles sont les perceptions des infirmières de la situation des femmes qui vivent une fausse-couche? Cette étude aidera à identifier et à clarifier les perceptions des infirmières. À moyen terme, les résultats de l'étude pourraient faciliter la mise en oeuvre de programmes de formation, autant en milieu hospitalier qu'en milieu communautaire, afin de satisfaire les besoins psychologiques des femmes par la reconnaissance sociale de la perte et de la légitimité des sentiments qui y sont associés.

Les connaissances générées par cette recherche viseront à faciliter une meilleure compréhension des perceptions des infirmières de la situation des femmes et à mieux respecter un des principes reliés aux perspectives de l'exercice de la profession infirmière qui se lit comme suit : «Tout client qui apprend le diagnostic associé à son besoin de santé a besoin d'être renseigné, rassuré et réconforté. L'infirmière assure au client l'aide dont il a besoin en tenant compte des réactions de celui-ci tout au cours du processus thérapeutique» (O.I.I.Q.,1996, p. 16).

De plus, l'étude faisant l'objet de ce mémoire prend de l'importance dans le contexte actuel où les coûts de la santé doivent être rationalisés, car le coût social des deuils mal résolus est très élevé (Fréchette-Piperni, 1995).

En effet, même si nous ne retrouvons pas dans les écrits des statistiques sur la prévalence des problèmes de santé secondaires à un deuil non résolu, certains auteurs en identifient plusieurs répercussions sur la santé : maladies psychosomatiques, problèmes de santé mentale, problèmes de communication, éclatement de la famille, violence, dépendance à l'alcool, aux médicaments, aux drogues (Champagne et al., 1993; De Montigny & Beaudet, 1997).

Comme infirmières, nous avons l'opportunité d'être au premier plan lorsque les femmes vivent une fausse-couche. Il est donc primordial de s'outiller le plus adéquatement possible afin d'assumer entièrement le mandat auquel on doit s'engager avec cette clientèle. Si nous voulons préserver ce privilège, il est tout à fait à notre avantage de mettre à profit notre expertise et notre compétence, sinon d'autres professionnels y verront une opportunité d'augmenter leur champ de pratique.

«On ne devrait pas tenter de soigner les yeux, sans soigner la tête, ni la tête sans le corps! On ne devrait donc pas tenter de soigner le corps sans soigner l'âme», a écrit le philosophe grec Socrate.

CHAPITRE II

LA RECENSION DES ÉCRITS

Le résumé des connaissances portera sur le processus d'attachement et la reconnaissance du droit au deuil chez les femmes vivant une fausse-couche, sur les réactions émotionnelles des femmes et de leur famille lors d'une fausse-couche et sur le soutien social aux femmes vivant un deuil suite à une fausse-couche. Les interventions des infirmières avec les femmes qui vivent un deuil suite à une fausse-couche seront présentées en dernière partie de ce chapitre.

2.1 Le processus d'attachement et la reconnaissance du droit au deuil

Les premiers ouvrages écrits sur le thème de l'attachement indiquaient qu'un attachement réel entre la femme et son fœtus commençait à se manifester avec les premiers mouvements du fœtus. De nos jours, nombre de chercheurs, de médecins et de femmes affirment que l'attachement est un processus graduel qui débute chez certaines femmes avant ou avec la conception dans le cas d'une grossesse planifiée, pour d'autres femmes lors de la prise de conscience des premiers mouvements foetaux, pour d'autres lors d'un test positif ou de la prise de conscience qu'elles sont enceintes (Callahan et al., 1983; Friedman & Gradstein, 1982; Herz, 1984; Peppers & Knapp, 1980a).

Le processus d'attachement s'initie ainsi autour du premier trimestre et entraîne une modification de l'identité chez la femme enceinte, que la grossesse ait été planifiée ou non. L'attachement repose sur les fantaisies, les attentes et les espoirs à l'égard de l'enfant, qui se doublent d'un investissement affectif énorme. Aujourd'hui, l'échographie permet aux parents d'avoir un contact très tôt avec leur bébé, il semble que le lien affectif se solidifie encore plus rapidement (Laurent, 1991).

L'intensité de cet attachement ressort très nettement des témoignages de femmes interrogées au sujet de leur fausse-couche. Dans plusieurs des études recensées, les femmes interrogées ont fait allusion à «leur bébé» (Peppers & Knapp, 1980a; Rando, 1984; Reinharz, 1988).

Par ailleurs, ces écrits indiquent également que les professionnels parlent de «bébé» quand tout se déroule bien, alors qu'ils utilisent davantage l'expression «foetus» dans les situations où l'issue de la grossesse tourne mal (Laurent, 1991).

Souvent dans un contexte hospitalier, on a tendance à reléguer à l'arrière-plan les conséquences émotionnelles d'une fausse-couche en raison de l'urgence des soins physiques à dispenser ou du fait que les soins physiques sont valorisés dans l'organisation. Les études réalisées à date insistent sur l'importance de reconnaître à l'intéressée le droit au deuil, de valider et non pas de nier son expérience (Friedman & Cohen, 1980). Ces études indiquent que dès le séjour en milieu hospitalier, il vaut mieux faciliter l'expression de toutes les émotions qui se rattachent à l'expérience vécue au lieu d'éviter le sujet (Madden, 1986c).

L'événement est généralement perçu par les femmes comme la perte d'une personne (Worden, 1982). Peppers et Knapp (1980b) n'ont observé aucune différence d'intensité dans le deuil vécu par un groupe de femmes qui avaient fait une fausse-couche, comparativement à un autre groupe de femmes qui avaient dû composer avec la naissance d'un bébé mort-né ou le décès d'un nouveau-né. Dans cette étude, aucune relation entre les réactions émotionnelles des femmes et l'âge gestationnel n'a été mise en évidence.

Plusieurs auteurs ont ainsi pris position pour affirmer que la fausse-couche doit être traitée de la même façon que toute perte périnatale (Estok & Lehman, 1983; Stack, 1984; Wetzel, 1982). Une étude a également comparé le vécu de trois groupes de femmes en regard du deuil. Le premier groupe était composé de 20 femmes qui avaient vécu une fausse-couche, le deuxième groupe était composé de couples qui avaient vécu la perte d'un enfant déjà vivant et le troisième groupe de femmes qui avaient vécu la perte d'un proche. Les trois groupes ont présenté des niveaux similaires d'intensité de deuil. Ces résultats confirment que le deuil post-fausse-couche est comparable à celui d'autres pertes significatives (Lindberg, 1992). D'où l'importance de sensibiliser les infirmières et les médecins relativement au deuil qui suit ces pertes précoces. Les professionnels qui gravitent autour de la femme, et particulièrement les infirmières qui occupent une place privilégiée dans le quotidien de la cliente, doivent être capables de reconnaître la diversité, l'intensité et la durée des réactions associées à cet événement et être conscients de la nécessité du soutien à offrir.

Une étude a évalué les médiateurs de deuil chez 244 femmes ayant vécu un avortement spontané. Beil (1992) rapporte en effet que les facteurs prédictifs de l'intensité du deuil sont les suivants : la durée de la grossesse, le nombre d'enfants vivants, le nombre de fausses-couches antérieures, la période de temps écoulée depuis la dernière fausse-couche, l'intention de grossesse préalable et le niveau d'attachement au «foetus» ou au «bébé».

En résumé, le processus d'attachement est bien documenté. Pour ce qui est de la reconnaissance du droit au deuil, les auteurs s'entendent pour dire que l'événement de la fausse-couche doit être traité comme la perte d'une personne. Par contre, les écrits consultés donnent peu d'information sur les perceptions de l'intervenant en regard de la reconnaissance du droit au deuil lors d'une fausse-couche.

2.2 Les réactions émotionnelles des femmes et de leur famille lors d'une fausse-couche

Quoiqu'une variété d'émotions (passant de la tristesse à la colère contre soi-même) fut documentée dans une revue qu'a faite Madden (1994), la réaction psychologique la plus courante chez les femmes est sans doute la culpabilité vécue, c'est-à-dire qu'elles se sentent responsables de l'événement. (Friedman & Cohen, 1982; Leppert & Pahlka, 1984; Stack 1980). La culpabilisation peut s'expliquer par le fait qu'une fausse-couche équivaut, pour la femme qui la vit, à une incapacité de produire un bébé sain et à un échec dans son rôle de femme

et de mère (Friedman & Gradstein, 1982; Herz, 1984; Peppers & Knapp, 1980a). La mère peut se sentir honteuse et inférieure parce qu'elle n'a pas réussi là où les autres femmes réussissent : rendre un bébé à terme. De plus, cet événement éveille chez certaines femmes des situations antérieures où elles se sont senties impuissantes, incompetentes, ce qui contribue à augmenter leur sentiment de culpabilité.

La culpabilité peut également découler d'une ambivalence naturelle face à la grossesse (Borg & Lasker, 1981; Friedman & Cohen, 1982; Friedman & Gradstein, 1982; Herz, 1984). Il importe de préciser que cette réaction d'ambivalence peut accompagner même la grossesse la plus désirée. Ce sentiment fait en sorte que la femme peut se reprocher, se blâmer de ne pas avoir suffisamment désiré ce bébé ou pour toute autre réserve qu'elle aurait eu concernant sa grossesse.

Dans la plupart des situations, la cause de la fausse-couche demeure inconnue, la femme est réduite à se questionner au sujet du rôle qu'elle aurait pu jouer dans cet accident de parcours. Le peu d'explications fournies afin d'aider à comprendre l'étiologie de l'événement de la fausse-couche favorise également l'éclosion de pensées qui alimentent la culpabilité. Il arrive aussi que la femme estime que la fausse-couche est imputable à un comportement, à un événement précis. Les maladies transmises sexuellement, un avortement antérieur, un travail exigeant ou une chute sont au nombre des événements que les femmes vivant une fausse-couche essaient de mettre en lien avec l'issue de leur grossesse (Borg & Lasker, 1981; Friedman & Gradstein, 1982; Peppers & Knapp, 1980a; Seibel & Graves, 1980).

La colère est une autre réaction très fréquente chez les femmes qui vivent une fausse-couche (Friedman & Gradstein, 1982; Herz, 1984). La colère peut être nourrie par la frustration et la croyance qu'a la femme qu'il y a un responsable, soit elle-même, son bébé, son conjoint, ses amis, sa famille, le médecin ou même Dieu (Friedman & Cohen, 1982). Cette émotion peut être aussi suscitée par les attitudes et les réactions de l'entourage qui a tendance à sous-estimer, voire à ne pas reconnaître la signification et l'importance que cette perte revêt pour la femme (Bryant, 1985; Friedman & Gradstein, 1982).

Parmi les autres réactions courantes signalées chez des femmes qui ont vécu une fausse-couche, notons un sentiment de vide, de tristesse et de dépression (Friedman & Cohen, 1982; Madden 1986b). Madden (1986b) rapporte que 89 % des femmes interrogées ont ressenti de la tristesse immédiatement après avoir vécu une fausse-couche. Dans cette étude, aucune précision sur les modalités des entrevues n'est donnée. Selon l'auteure, chez les femmes expérimentant une dépression, cette dernière peut durer des semaines et même des mois durant lesquels la femme peut plus ou moins bien fonctionner, se sentir découragée et avoir peur de ne jamais retrouver sa joie de vivre.

La plupart des femmes ayant participé à l'étude de Wall-Hass (1985) reconnaissent que la perte qu'elle ont vécue a eu d'importantes répercussions dans leur vie et, dans plusieurs autres études, les femmes qualifient cet événement de moment de crise (Bryant, 1985; Day & Hooks, 1987; Friedman & Cohen, 1982).

Comme nous venons de le relater, la réaction des femmes à une fausse-couche n'est pas sans rappeler celle de tout individu vivant le décès d'un être cher, ce qui rejoint la thèse de l'attachement précoce qui se crée en début de grossesse. Par conséquent, nous devons nous préoccuper des conséquences émotionnelles d'un deuil non résolu vécu par certaines femmes et plusieurs auteurs se sont intéressés à ce sujet (Bryant, 1985; Friedman & Cohen, 1982; Herz, 1984; Leppert & Paklka, 1984; Peppers & Knapp, 1980a; Stack, 1980).

Selon Peppers et Knapp (1980b), une des versions du deuil compliqué, qui est sans doute assez courante, a été qualifiée de «deuil latent». C'est un deuil qui ne s'étale pas au grand jour, mais qui représente un fardeau que certaines mères porteront jusqu'à la fin de leurs jours. Il s'agit d'une douleur sourde qui envahit la personne toute sa vie durant et qui s'accompagne d'une légère tristesse et d'une certaine angoisse. Ce deuil est exacerbé par tout ce qui rappelle à la personne endeuillée ce qui lui a été refusé. Selon Stack (1980), ce qui retient encore plus l'attention lors d'un deuil non résolu, ce sont les réactions de deuil marquées par une mémoire cristalline des événements entourant la perte; la récurrence d'images des événements ou des scènes précises reliés à la perte, les crises de rappel, soit à la date de la fausse-couche, soit à la date prévue de l'anniversaire; la persistance d'émotions telle que la tristesse ou la colère lorsqu'il est question de la perte et un débordement d'émotions lorsque survient une autre crise.

Il est important de reconnaître les différences dans les réactions de deuil entre l'homme et de la femme lors d'une perte périnatale (Peppers & Knapp, 1980a). Selon Peppers et Knapp, l'écart observé serait attribuable à l'intensité de l'attachement au bébé, et aux attentes de la société envers l'homme et la femme.

Au début de la grossesse, l'attachement du père au fœtus n'est habituellement pas comparable à celui de la mère. Durant le premier trimestre de la grossesse, le père éprouve souvent un sentiment d'irréalité par rapport à la venue du bébé. De Montigny et Beaudet (1997) rapportent que certaines études ont indiqué que le père commence à s'attacher au fœtus entre la vingt-cinquième et la trentième semaine de grossesse. Ces deux auteures ne précisent cependant pas à quelles études elles réfèrent en rapportant cette information. Ainsi, la femme a davantage tendance à considérer la fausse-couche comme la perte d'une personne, alors que l'homme est porté à la vivre comme un événement triste et non comme un sentiment de perte (Friedman & Gradstein, 1982). N'oublions pas que dans notre société, l'homme est censé demeurer fort et être capable de refouler ses émotions même s'il a de la peine. Il n'est pas non plus à négliger de reconnaître que souvent les hommes ont une difficulté à exprimer leurs émotions. Malheureusement, aux yeux de la conjointe, l'absence d'expression de chagrin peut être interprétée comme une absence de chagrin. De plus, certains hommes peuvent se sentir dépassés par la persistance du chagrin chez la femme et vouloir qu'elle se change les idées ou qu'elle passe par-dessus cela. Ceci peut nous expliquer, dans une certaine mesure, l'origine de l'écart et du décalage entre les réactions de deuil des hommes et des femmes lors d'une perte

périnatale. L'incompréhension qui s'installe peut engendrer des problèmes de communication et des tensions dans le couple (Peppers & Knapp, 1980a; Witzel & Chartier, 1989). Dans son étude doctorale portant sur 40 couples ayant vécu une expérience de fausse-couche, Speraw (1991) souligne que quoique les pères rapportent un niveau d'intensité de deuil moindre que les mères ($p < 0,001$), ceux qui ont un niveau élevé de capacité d'ajustement, de même que ceux qui ont un niveau élevé d'intimité avec leur conjointe et une capacité d'ouverture sur les émotions sont moins susceptibles de développer un état dépressif.

Notons également que l'homme et la femme peuvent se sentir obligés de se prouver leur capacité d'avoir un enfant. Les relations sexuelles peuvent ainsi devenir source de conflits et de frustrations si elles ne sont plus guidées par le désir et le plaisir, mais axées seulement sur la procréation (De Montigny & Beaudet, 1997).

Les enfants peuvent aussi être bouleversés par la fausse-couche et en vouloir à leur mère, de ne pas avoir pu poursuivre la grossesse. Les enfants privés de renseignements peuvent s'en trouver perturbés au plan psychologique (Day & Hooks, 1987; Friedman & Cohen, 1982). Il est important de rassurer les enfants qui réagissent fortement par de la colère ou par des problèmes physiques en leur offrant l'opportunité d'exprimer leurs émotions (Campbell, 1988).

Quelques écrits rédigés par Léon (1986 et 1987) sur les réactions des membres de la famille indiquent qu'il serait important de considérer les fausses-couches

comme une problématique familiale. Les différentes réactions émotionnelles du deuil chez les mères, les pères et les enfants peuvent compromettre la dynamique familiale et amener la famille à vivre une véritable situation de crise. Selon Léon (1987), un des moyens pour faciliter le processus de deuil chez les familles est la psychothérapie à court terme, ce qui diminuerait le traumatisme vécu par les familles lors d'une perte périnatale.

Comme nous pouvons le constater, les réactions émotionnelles de la femme vivant une fausse-couche sont décrites avec assez de précision dans la littérature. Par contre, pour ce qui est des réactions émotionnelles du conjoint et des enfants, il serait intéressant d'effectuer d'autres recherches afin de mieux comprendre leurs réactions ainsi que la problématique familiale.

2.3 Le soutien lors d'un deuil périnatal

Une étude australienne, réalisée par Murray et Callan (1988) auprès de 130 parents ayant perdu un enfant pendant la période périnatale, a démontré que ceux qui avaient été soutenus par le personnel hospitalier présentaient un niveau de bien-être psychologique plus élevé.

Pour leur part, Forrest et al. (1982) se sont intéressés aux effets d'un groupe de soutien après une perte périnatale lors d'une grossesse de 28 semaines et plus. L'échantillon était composé de 50 familles qui ont été réparties au hasard dans deux groupes différents. Le groupe expérimental a reçu du soutien et du

counselling alors que le groupe témoin n'a reçu ni soutien, ni counselling. Une entrevue semi-structurée a été utilisée dans cette étude basée sur les travaux de Parkes et Brown (1972). De plus, deux questionnaires ont été utilisés : celui de Goldberg (1972), «The General Health Questionnaire», afin de mesurer la présence de désordres psychiatriques et celui de Snaith et al. (1976), «The Leeds Scale», afin de mesurer la présence de dépression et d'anxiété. Les résultats ont été analysés avec le test de Fisher et ils suggèrent que la période de temps durant laquelle les symptômes ou réactions associés au deuil sont présents est plus courte lorsque la famille reçoit du soutien et du counselling.

De son côté, Brown (1992) rapporte les effets d'un groupe de soutien composé de parents vivant un deuil périnatal. Ce groupe implanté dans un hôpital universitaire de Saskatoon, avait pour premier mandat d'intervenir et de supporter dès la sortie de l'hôpital, la cliente qui expérimente un deuil périnatal : fausse-couche, bébé mort-né, décès à la naissance. Son second mandat était d'éduquer et de supporter les intervenants qui sont en contact avec cette clientèle. Brown (1992) indique que ce groupe de soutien a eu des effets bénéfiques dans son milieu. En leur permettant d'échanger sur leurs préoccupations, les parents se sont sentis compris et les intervenants étaient en mesure de fournir des soins qui correspondaient plus aux besoins des familles. Toutefois, Lilford et al. (1994) rapportent qu'aucune différence significative n'a été identifiée en regard de l'anxiété, la dépression ou la sensation de deuil entre deux groupes de parents dont l'un seulement avait reçu du counselling post-fausse-couche.

D'autre part, l'absence de soutien adéquat de la part des professionnels est soulignée dans les écrits consultés (Peppers & Knapp, 1980a). Dans une étude sur les perceptions des parents suite à un deuil périnatal, de 28 semaines de gestation à 28 jours de vie, Lemmer (1991) a voulu décrire l'expérience humaine lors d'une perte et les perceptions des parents en deuil relativement à leurs expériences de soins vécues avec les infirmières. Cette étude était basée sur la théorie du soin de Watson. L'échantillon était composé de 15 couples. La cueillette des données a eu lieu lors d'entrevues semi-structurées, d'une durée de 45 à 100 minutes. Ces entrevues ont été réalisées entre trois et 14 mois après le décès du bébé. Les données ont été enregistrées et transcrites avec deux niveaux de codage. La fidélité du codage a été vérifiée. Les conclusions de l'étude indiquent que les femmes ayant déclaré avoir vécu une relation insatisfaisante avec les médecins et les infirmières considéraient que cela avait été nuisible dans la résolution de leurs problèmes. Cette recherche confirme les résultats obtenus dans l'étude de Swanson-Kauffman (1986) portant sur le même sujet. Suite à cette étude, Swanson-Kauffman a développé des catégories de soins adaptés aux besoins des femmes vivant une fausse-couche, telles que savoir, être avec, fait pour, habileter quelqu'un à faire, et maintenir les croyances. Les catégories de soins développées font référence aux besoins des femmes vivant une fausse-couche qui sont à la fois d'ordre cognitif et affectif.

Le soutien à l'égard du deuil périnatal a connu ces dernières années un intérêt plus grand chez les chercheurs. Cependant, une certaine déficience persiste en ce qui concerne la description des expériences de soins vécues par les femmes vivant une fausse-couche.

2.4 Le soutien lors d'une fausse-couche

Certaines femmes qui vivent une fausse-couche sont en état de grande vulnérabilité lorsqu'elles se retrouvent en milieu hospitalier et vivent un deuil. Malgré le fait que le temps d'hospitalisation d'une femme qui vit une fausse-couche soit court comparativement au temps qu'elle doit prendre pour s'en remettre, on dit que le soutien qui peut être disponible dans le milieu où la crise se présente est très important et peut influencer la résolution ou non du deuil (Brown, 1993). On a en effet constaté que tout soutien émotionnel apporté par des intervenants clés, soit par un médecin, soit par les infirmières, soit par un groupe d'entraide, diminue les conséquences émotionnelles d'un deuil non résolu chez les femmes (Friedman & Cohen, 1980; Schreiner et al., 1979).

Le soutien émotionnel peut être très bénéfique pour atténuer le degré de stress perçu lors des différentes étapes de deuil et pour diminuer les conséquences psychologiques d'un deuil non résolu. Il semble que si le soutien fait défaut, on augmente de façon considérable les effets négatifs sur la santé (Bozzini, Tessier, 1985).

Witzel et Chartier (1989) se sont intéressés à l'impact de la fausse-couche chez les femmes vivant cette expérience. Ces auteurs affirment que plusieurs personnes dans la société sous-estiment l'importance de l'impact d'une fausse-couche. Cette situation expliquerait que la femme qui cherche à obtenir un soutien émotionnel de son entourage se heurte souvent à une porte close. Ces

mêmes auteurs soulignent que si le soutien fait défaut, le déroulement du deuil risque davantage de se compliquer.

Si on s'attend à ce que le soutien émotionnel vienne surtout du conjoint de l'intéressée, ce n'est pas toujours le cas, étant donné les différences entre les réactions de deuil chez l'homme et la femme. Le soutien peut toutefois provenir d'autres personnes de l'entourage de la femme.

2.4.1 Le soutien de l'entourage

Madden (1986c) a constaté que l'accroissement du soutien accordé par le conjoint s'accompagne d'une diminution de la dépression chez les femmes. Par ailleurs, l'auteure a noté que l'attention reçue d'autres personnes que le conjoint peut aider la femme à surmonter une dépression consécutive à une fausse-couche. Cette auteure estime que la femme a besoin d'une personne très présente en plus du conjoint et cette personne permettrait de contrebalancer les effets négatifs des réactions, des comportements venant des personnes de l'entourage.

En effet, le soutien fourni par l'entourage est parfois limité. Les parents vivant un deuil se sentent isolés de leur famille et de leurs amis. Ces derniers se sentent mal à l'aise. L'attitude de silence observée pour protéger les parents ne fait qu'augmenter la détresse des parents. Cependant, lorsque la femme bénéficie de l'attention de l'entourage, ceci l'aide à surmonter son expérience

(Helmrath & Steinitz, 1978). Toutefois, les membres de l'entourage ne savent pas toujours que la femme était enceinte (Stack, 1980) et n'ont donc aucune raison de penser qu'elle pourrait avoir besoin d'un soutien quelconque (Friedman & Gradstein, 1982). Dans bien des cas, ces gens ignorent la profondeur de l'attachement entre la mère et son bébé. L'entourage s'attend à ce que le couple laisse cette expérience derrière eux et qu'il recommence à vivre (Lehman et al., 1986). L'enfant est souvent perçu comme une chose, «un fœtus» et il n'est pas vu comme un être humain, probablement parce que les membres de l'entourage n'ont pas eu l'opportunité de s'attacher au bébé (Friedman & Gradstein, 1982).

De surcroît, les personnes les plus proches des femmes qui vivent un deuil suite à une fausse-couche ont généralement du mal à composer avec un deuil en raison des émotions intenses qu'il suscite chez-elles, de sorte que les personnes peuvent éviter la question. Bref, lorsqu'une fausse-couche se produit, les relations qui sont en temps normal réconfortantes, s'avèrent souvent décevantes pour plusieurs femmes (Witzel & Chartier, 1989).

Le rôle du soutien social dans la résolution du deuil associé à une fausse-couche a été étudié par Day et Hooks (1987). Le but de cette étude était d'évaluer comment chaque type de ressources (personnel, famille, communauté) modère le niveau de stress chez les femmes qui vivent une fausse-couche et comment chaque ressource affecte le temps de récupération psychologique suivant l'événement. L'échantillon était composé de 102 femmes. L'instrument de

mesure utilisé était le «Family Adaptability and Cohesion Scales» (Faces II) développé par Olson et al. (1982). Il mesure les ressources de la famille par le niveau de cohésion, le niveau d'adaptation, la force de la famille et la capacité à résoudre les problèmes. Cet instrument mesure aussi les ressources de la communauté utilisées par la famille : les membres de la famille élargie, les amis ou toute autre personne ayant apporté du soutien. Il a été testé pour la fidélité et la validité des différents construits. Les résultats des analyses de variance multivariées indiquent que le niveau de soutien social offert à la famille représente un bon facteur de prédiction de la gravité de la crise et de la résolution du deuil associé à une fausse-couche.

2.4.2 Le soutien des infirmières et des autres professionnels

Deux auteurs ont suggéré des modèles d'interventions aux infirmières afin de les aider dans leur milieu de travail. Worden (1982) propose le modèle thérapeutique du processus de deuil. Ce modèle décrit les étapes du deuil et les réactions que la personne endeuillée est susceptible de vivre. Pour chaque réaction, des interventions sont proposées aux infirmières. Les interventions suggérées donnent suffisamment de souplesse aux infirmières pour personnaliser leurs interventions et pouvoir en intégrer d'autres à ce modèle. Un second modèle est conseillé par De Montigny et Beudet (1997). Dans ce modèle, l'intervention infirmière vise la famille endeuillée et regroupe les quatre fonctions principales des infirmières : l'observation, l'exploration, l'enseignement et le soutien. Les interventions proposées par les auteures ont

pour but de promouvoir, d'améliorer ou de maintenir l'efficacité du fonctionnement familial en agissant sur les domaines cognitif, affectif, comportemental et spirituel. Pour chacune de ces dimensions, des interventions sont suggérées aux infirmières.

De plus, plusieurs autres auteurs ont décrit comment les infirmières pourraient intervenir auprès des femmes vivant une perte périnatale (De Montigny & Beudet, 1997; Fetus & Newborn Committee, 1983; Ilse & Blackburn, 1988; Kowalski, 1987; Malone & McElwain, 1987; Tadmor, 1986; Wall-Haas, 1985). Les recommandations proposées sont d'ordre multiple. Certaines d'entre elles concernent les attitudes de l'infirmière dans sa relation avec les parents : empathie envers la famille, encouragement à exprimer leurs émotions, respect du rythme dans le processus de deuil. D'autres interventions très spécifiques sont suggérées pour aider les parents à vivre leur deuil en prenant contact avec le bébé décédé : permission de voir leur bébé ou les tissus foetaux, personnalisation du bébé, possibilité de l'habiller, possibilité de toucher leur bébé, permission de prendre des photos, proposition d'arrangement funéraire, suggestion d'un service religieux, soutien à intégrer une place à ce bébé dans l'histoire familiale. Enfin, un certain nombre d'interventions concernent aussi l'aide à apporter aux parents et à leurs proches : information sur le processus de deuil aux parents, exploration avec la famille du type d'aide souhaitée, suggestion des interventions avec la famille, suivi par relance téléphonique dès la sortie de l'hôpital, contribution à renforcer les liens dans la famille, encouragement à l'autonomie de la famille et instauration des groupes de soutien.

Ainsi, on peut constater que les soins infirmiers référant aux soins émotionnels s'intéressent à l'expression des émotions provoquées par une fausse-couche et aux réactions psychologiques que ces émotions suscitent chez la femme.

Quelques études ont été réalisées dans le but de vérifier si les soins infirmiers proposés ont été mis en application, et de mesurer le degré de satisfaction des femmes en regard des soins reçus. C'est le cas d'une étude faite en Ohio par Sexton et Stephen (1991) sur les perceptions des mères en regard des soins infirmiers reçus lors d'une perte périnatale. Les soins infirmiers évalués avaient été ciblés dès l'élaboration du protocole de l'étude. Les interventions de soins portaient sur l'information, la reconnaissance du bébé et le soutien émotionnel. Cette étude a été réalisée auprès de 30 femmes dont la grossesse se situait entre 17 et 41 semaines. Elles ont été réparties en deux groupes, ceux dont le bébé était mort-né et ceux dont le bébé était décédé à la naissance. Les résultats indiquent un très haut pourcentage de satisfaction des soins reçus chez les deux groupes. Des analyses multivariées ont été effectuées et les résultats n'indiquent aucune différence significative entre les deux groupes sur la perception des soins reçus. Cette étude comportait cependant une limite importante : l'investigatrice était la même personne que celle qui donnait les soins, ce qui a possiblement influencé les résultats. On peut ainsi se demander si les femmes étaient à l'aise lorsqu'elles donnaient leurs réponses. Cette étude permet-elle de penser que lorsqu'un programme d'interventions clair est établi

les infirmières sont plus en mesure de savoir quoi faire et de satisfaire les besoins des femmes? Il s'agit là d'une question qui mériterait à notre avis d'être étudiée.

De son côté, Reed (1990) a étudié l'influence de l'âge et de la parité des femmes vivant une fausse-couche sur les perceptions des infirmières des soins émotionnels requis par cette clientèle. Dans cette étude réalisée auprès de 309 infirmières, neuf mises en situation présentant des situations différentes de femmes vivant une fausse-couche furent soumises aux participantes. Le questionnaire utilisé était «The Emotional Care Instrument» constitué de 14 énoncés mesurent différents aspects des soins émotionnels : les perceptions des infirmières de l'impact émotionnel de la fausse-couche, la priorité accordée dans la planification des soins et le soutien émotionnel. Les énoncés constituant l'instrument ont été développés à partir des résultats d'études qualitatives sur les soins que les femmes aimeraient recevoir des intervenants (Swanson-Kauffman, 1986). La fidélité et la validité de l'instrument ont été vérifiées. Des analyses de variance multivariées ont été effectuées. Les résultats de l'étude indiquent que les infirmières reconnaissent le sérieux de la situation de la femme qui vit une fausse-couche et l'importance de lui donner des soins émotionnels. L'auteure rapporte que ces résultats vont à l'encontre de ce qui est mentionné dans les écrits sur les attitudes des infirmières qui sont perçues comme froides et indifférentes à la situation des femmes vivant une fausse-couche. D'après l'étude de Reed, l'âge des femmes n'a eu aucune influence

significative, mais le statut paritaire influencerait positivement la perception des infirmières en regard de l'impact émotionnel de la fausse-couche. L'influence de la désirabilité sociale sur les réponses des participantes n'a cependant pas été vérifiée dans cette étude.

Une seconde étude effectuée par Reed (1992) avait également pour but d'investiguer les facteurs qui influencent l'attitude des infirmières à donner des soins émotionnels aux femmes qui vivent une fausse-couche. L'échantillon de cette étude était composé de 292 infirmières. Cette étude mesurait l'effet de l'âge gestationnel et le fait que la grossesse soit planifiée ou non sur la prédisposition des infirmières à donner des soins émotionnels. Le questionnaire utilisé était le même que celui de l'étude précédente. Les infirmières répondaient au questionnaire à partir de six situations différentes de femmes vivant une fausse-couche. Les résultats indiquent que l'âge gestationnel et le fait que la grossesse ait été planifiée ont eu un effet significatif sur les perceptions des infirmières de l'impact émotionnel de la fausse-couche et de la priorité qu'elles accorderaient à ce type de clientèle dans la planification des soins. Ces deux variables n'influenceraient pas le niveau de soutien émotionnel que les infirmières sont disposées à donner à une femme vivant une fausse-couche. Il semblerait ainsi que certaines caractéristiques des femmes vivant une fausse-couche pourraient influencer les perceptions des infirmières et les soins qu'elles sont disposées à donner.

D'autres auteurs ont indiqué que l'acquisition de connaissances en relation d'aide pourrait aider les infirmières à être plus efficaces dans leurs interventions de soutien avec les femmes (Davis & Fallowfield, 1988; De Montigny & Beaudet, 1997). Selon De Montigny et Beaudet (1997), l'infirmière doit développer des habiletés relationnelles jugées essentielles lors des entretiens avec les personnes. Ces habiletés relationnelles concernent la communication verbale (reflet, clarification, validation, etc...), la communication non verbale (respect des silences, utilisation et interprétation appropriées du regard, des mimiques, du toucher, du ton et du débit de la voix, etc...) et les attitudes thérapeutiques (ouverture, accueil, écoute active, respect, authenticité, compassion, etc...)

Comme infirmières, il nous apparaît primordial de soutenir les femmes qui perçoivent une perte suite à une fausse-couche afin de les encourager à vivre leur deuil et non à nier l'événement et ses répercussions psychologiques. C'est une expérience qui doit être reconnue à plusieurs égards afin que l'adaptation à la situation devienne possible pour la femme qui vit une fausse-couche. Witzel et Chartier (1989) précisent à cet égard qu'il serait plus que souhaitable pour favoriser l'adaptation des femmes, de les accompagner dans leur expérience afin qu'elles expriment leurs émotions et qu'elles puissent donner un sens à l'événement qu'elles vivent. S'il y a non reconnaissance de la perte dans l'immédiat, selon les mêmes auteurs, la femme devrait être sensibilisée au fait qu'un sentiment de perte peut émerger dans les jours, les semaines qui suivent. Il est donc important de discuter avec la cliente des ressources d'aide auxquelles elle pourra recourir dans cette situation.

En résumé, les écrits consultés indiquent clairement que les femmes vivant une fausse-couche ont besoin de soutien. Les écrits contiennent aussi plusieurs suggestions d'interventions que les infirmières pourraient mettre en application. Certaines études ont vérifié la satisfaction des femmes en regard des soins reçus alors que d'autres se sont intéressées aux caractéristiques des femmes vivant une fausse-couche et pouvant influencer la prédisposition des infirmières à leur offrir un soutien émotionnel.

En conclusion, les écrits recensés documentent les réactions émotionnelles des femmes qui vivent une fausse-couche, les perceptions des mères envers le personnel médical et infirmier, et les besoins des femmes qui vivent une fausse-couche. Les différents auteurs consultés reconnaissent que la fausse-couche est un événement stressant dans la vie de ceux qui en font l'expérience. La perte d'un enfant en période périnatale constitue pour la famille un événement lourd de conséquences et difficile à surmonter. Nombre de couples vivent à ce moment leur première crise familiale. Certains ne parviendront jamais à retrouver une communication efficace, un certain équilibre et finiront par se séparer, ce qui engendrera d'autres pertes importantes (De Montigny & Beaudet, 1997). La recension des écrits effectuée, a aussi permis de constater que des soins infirmiers appropriés sont décrits de façon assez détaillée. Il demeure cependant difficile de comprendre les facteurs expliquant que la majorité des infirmières n'ont pas encore intégré les interventions suggérées dans leurs soins aux familles vivant l'expérience d'une fausse-couche.

Dans ce contexte, il est apparu pertinent d'élaborer une étude poursuivant les objectifs suivants : 1) Décrire les perceptions des infirmières en regard des soins émotionnels donnés aux femmes qui vivent une fausse-couche. 2) Vérifier l'influence des caractéristiques personnelles et professionnelles des infirmières sur leurs perceptions des soins émotionnels à fournir à une femme vivant une fausse-couche. Ces deux objectifs particuliers découlent de la question de recherche de départ.

CHAPITRE III

LE CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE

Cette étude s'intéresse aux perceptions des infirmières relatives aux soins émotionnels à accorder à une femme vivant une fausse-couche. Les soins émotionnels réfèrent aux soins infirmiers qui sous-tendent l'expression des émotions provoquées par une fausse-couche et les réactions psychologiques que ces émotions suscitent chez la femme. Dans une perspective où la réduction de la durée du séjour en milieu hospitalier limite le temps d'intervention des infirmières et où les soins infirmiers en C.L.S.C. sont en plein développement, il est primordial que les soins émotionnels donnés par les infirmières s'actualisent dans une approche de «caring». La théorie du «caring» en soins infirmiers (Watson, 1985, 1988) a inspiré pour une bonne part l'élaboration de cette étude.

Pour plusieurs auteurs, la pratique des soins infirmiers relève à la fois d'une science et d'un art humaniste et le «caring» comme approche en soins infirmiers en serait l'essence (Benner & Wrubel, 1989; Leininger, 1981; Watson, 1985). D'après Watson (1988), le concept de «caring» signifie faciliter et soutenir en respectant les valeurs, les croyances, le mode de vie et la culture des personnes. Dans la pratique, le «caring» ou le soin, comprend des aspects affectifs ou humanitaires relatifs à l'attitude et à l'engagement cognitif ainsi que des aspects instrumentaux ou techniques. Ces différents aspects sont indissociables dans l'acte de soigner (Kérouac et al., 1994).

À partir d'une analyse de 35 publications en soins infirmiers, Morse et al. (1990) ont relevé cinq dimensions inhérentes au «caring» en relation avec les soins infirmiers. Ces auteurs présentent le «caring» comme un construit comportant cinq dimensions : le trait humain, l'impératif moral ou idéal, l'affect, la relation interpersonnelle et l'intervention thérapeutique. Selon ces auteurs ces cinq dimensions sont inter-dépendantes et difficilement dissociables dans la réalité.

L'orientation de la théorie de Watson (1988) est existentielle, phénoménologique et spirituelle. «Selon Watson (1988), les soins infirmiers consistent en un processus inter-subjectif d'humain à humain qui nécessite un engagement au «caring», en tant qu'idéal moral, et de solides connaissances» (Kérouac, p. 42).

«Watson (1985, 1988) postule que l'amour inconditionnel et le soin sont essentiels à la survie et à la croissance de l'humanité» (Kérouac, p. 42). «Toujours selon cette auteure, la personne est un «être dans le monde» qui perçoit, qui vit des expériences et qui est en continuité dans le temps et l'espace. Les trois sphères de l'être dans le monde sont l'âme, le corps et l'esprit» (Kérouac, p. 43). Le corps se situe dans le temps et l'espace, mais l'esprit et l'âme transcendent l'instant présent (Aucoin-Gallant, 1990).

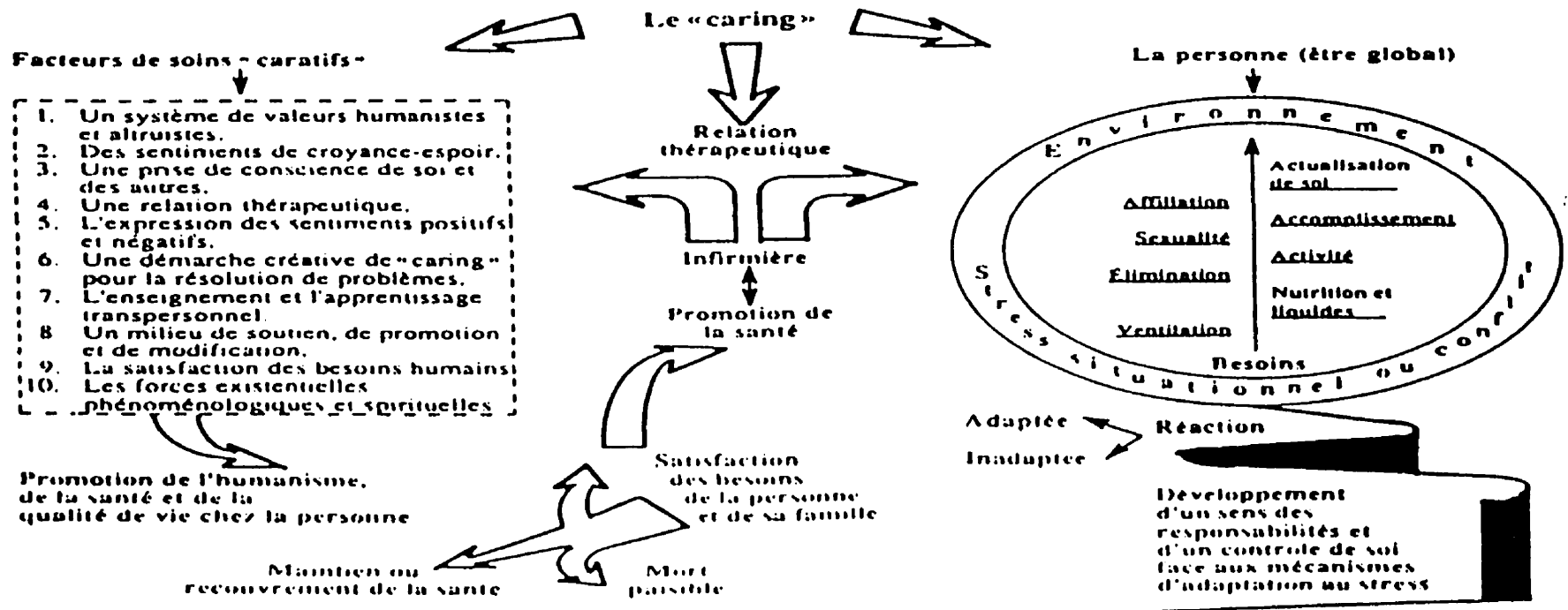
«La santé est alors définie comme la perception de l'unité et de l'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit. L'environnement quant à lui représente toutes les forces de l'univers aussi bien que l'environnement immédiat de la personne» (Watson, 1988) (Kérouac, p. 43).

Toujours selon la théorie de Watson (1988), le but des soins infirmiers est d'aider la personne à atteindre un plus haut niveau d'harmonie entre son corps, son âme et son esprit en utilisant dix éléments de soins qui constituent le fondement de la relation interpersonnelle thérapeutique. Ces éléments sont les suivants : système de valeurs humaniste-altruiste, sentiments de croyance-espérance, prise de conscience de soi et des autres, relation thérapeutique, expression de sentiments positifs et négatifs, démarche créative de «caring» pour la résolution de problèmes, création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection ou de modification, satisfaction des besoins humains et des forces existentielles-phénoménologiques-spirituelles. Ces éléments de soins permettent aux infirmières d'intervenir de manière humaniste et scientifique en procurant des soins intégraux à la personne malade et à celle en santé (Aucoin-Gallant, 1990). La théorie du «caring» de Watson est présentée sous-forme de schéma à la page suivante.

Pour sa part, Collière indique que le soin est souvent constitué d'actions invisibles comme se préoccuper de la personne, croire en ses capacités, renforcer ses compétences, lui permettre de regagner de l'espérance et l'accompagner dans ses expériences de santé, ce qui rejoint bien l'ensemble des éléments de soins énoncés par Watson. Collière (1990) affirme aussi que soigner, c'est communiquer la vie, faciliter ce qui fait vivre. Elle indique que les traitements ne sont que complémentaires aux soins et en aucun temps, ils ne peuvent être remplacés sans dommage grave pour la personne.

FIGURE I

Schématisation de la théorie du «caring» de Watson (Aucoin-Gallant, 1990)



L'une des dimensions du «caring» de Watson, la relation thérapeutique est fondamentale et centrale dans toute la relation de soin. Cette relation aurait un impact positif chez les femmes vivant une fausse-couche. Le «caring» s'inscrit dans une relation réciproque où l'infirmière et la personne soignée sont parties prenantes d'une même expérience. L'acte de soin amène autant de satisfaction chez le soignant que le soigné si les deux personnes s'engagent dans un processus de respect et de compréhension mutuels. L'authenticité de cette relation contribue à apporter le soutien nécessaire à la femme vivant une fausse-couche lorsque l'infirmière ressent, répond au vécu de la femme tout en lui permettant d'exprimer ses émotions ou ses fantasmes qu'elle rêve de laisser aller (Watson, 1988). Il est important de garder à l'esprit que l'incompréhension du personnel infirmier face à l'expérience des femmes qui vivent une fausse-couche peut engendrer un stress supplémentaire, devenir une source d'insatisfaction et entraver le processus du deuil.

La relation transpersonnelle de soin est une relation humaine à privilégier qui nous permet d'évoluer et de tendre vers l'harmonie tout en préservant la dignité de la personne. En appliquant cette théorie à l'expérience de la fausse-couche, comprendre, accompagner une femme qui vit une fausse-couche, demande une qualité de présence qui apporte à la femme un sentiment de sécurité, de compréhension de sa souffrance au lieu d'une négation face à l'expérience vécue. Cette attitude deviendrait une des conditions essentielles d'approche de soin chez les infirmières autant en milieu hospitalier qu'en milieu communautaire.

Malgré la reconnaissance de plus en plus évidente du concept de «caring» chez les infirmières, il n'est pas certain qu'elles réussissent à intégrer les implications de ce concept dans leur pratique quotidienne. Les soins émotionnels, auxquels l'étude s'intéresse, s'apparentent dans une certaine mesure à certains éléments du soin du concept de «caring» de la théorie de Watson.

Les soins émotionnels d'une femme vivant une fausse-couche seront étudiés à l'aide d'un instrument développé par Reed en 1990. Bien que Reed ne donne pas de définition spécifique du concept de soins émotionnels, on comprend de ses écrits que les soins émotionnels incluent quatre aspects spécifiques : l'impact émotionnel de la fausse-couche, la priorité accordée aux soins émotionnels lors d'une fausse-couche, l'importance du soutien émotionnel lors d'une fausse-couche et le niveau d'aisance ressenti à soigner cette clientèle. Ce dernier élément est relié à notre avis à l'attitude que l'infirmière démontrera dans sa relation avec la cliente et il affectera la qualité des soins émotionnels qu'elle dispensera.

Les quatre aspects spécifiques des soins émotionnels qui seront considérés ici s'apparentent à cinq éléments particuliers de l'acte de soin de la perspective de Watson : la relation thérapeutique, le soutien, l'enseignement, l'expression des sentiments positifs et négatifs et la satisfaction des besoins humains.

En premier lieu, l'impact émotionnel de la fausse-couche a trait à la relation thérapeutique et à l'expression des sentiments positifs et négatifs. C'est en effet à l'intérieur d'un climat de confiance que l'infirmière doit chercher à établir

avec la cliente vivant une fausse-couche une relation thérapeutique permettant l'expression des sentiments positifs et négatifs. Deuxièmement, la priorité accordée aux soins émotionnels est en relation avec la satisfaction des besoins humains et du soutien. Il est important que l'infirmière accorde une priorité à l'aspect émotionnel dans la planification des soins quotidiens d'une femme vivant une fausse-couche. Il nous apparaît essentiel que l'infirmière s'efforce de comprendre les réactions psychologiques de la femme et qu'elle l'accompagne moralement dans ce qu'elle vit. Troisièmement, l'importance du soutien émotionnel est en concordance avec le soutien, la relation thérapeutique et l'expression des sentiments positifs et négatifs. L'infirmière accompagnant ces femmes doit développer avec chacune d'entre elles une relation authentique afin d'apporter tout le soutien nécessaire aux femmes vivant une fausse-couche. C'est en démontrant un accueil chaleureux, de l'attention, une écoute active à leur vécu qu'elle permet à la femme d'exprimer ses émotions et ses fantasmes. En dernier lieu, le niveau d'aisance ressenti à donner des soins à cette clientèle a aussi un lien avec la relation thérapeutique et l'expression des sentiments positifs et négatifs. Une attitude empathique, une ouverture d'esprit et une disponibilité à écouter sont des attitudes favorisant un climat de «caring». C'est dans un tel climat que peut émerger l'expression des sentiments lorsque l'infirmière se sent à l'aise avec cette clientèle, elle est en meilleure position pour favoriser l'expression des émotions et répondre adéquatement aux besoins de la cliente. Elle peut faciliter l'expression des émotions en informant la cliente des réactions émotionnelles possibles et des différentes étapes du processus de deuil. Au contraire, l'infirmière qui est mal à l'aise avec ce type de situation cherche à ignorer les réactions de la cliente et à éviter les occasions d'en discuter plutôt que de les provoquer.

L'étude faisant l'objet de ce mémoire a vérifié l'influence de deux ensembles de variables indépendantes (les caractéristiques personnelles et professionnelles des infirmières) sur la variable dépendante (les perceptions des soins émotionnels). Les caractéristiques personnelles des infirmières pouvant influencer les perceptions des soins émotionnels considérées ici sont : le sexe, le statut civil, l'âge, le fait d'avoir ou non des enfants, l'expérience personnelle de fausse(s)-couche(s), le nombre de fausse(s)-couche(s) vécu(es), les autres situations de deuil vécues et la tendance à la désirabilité sociale.

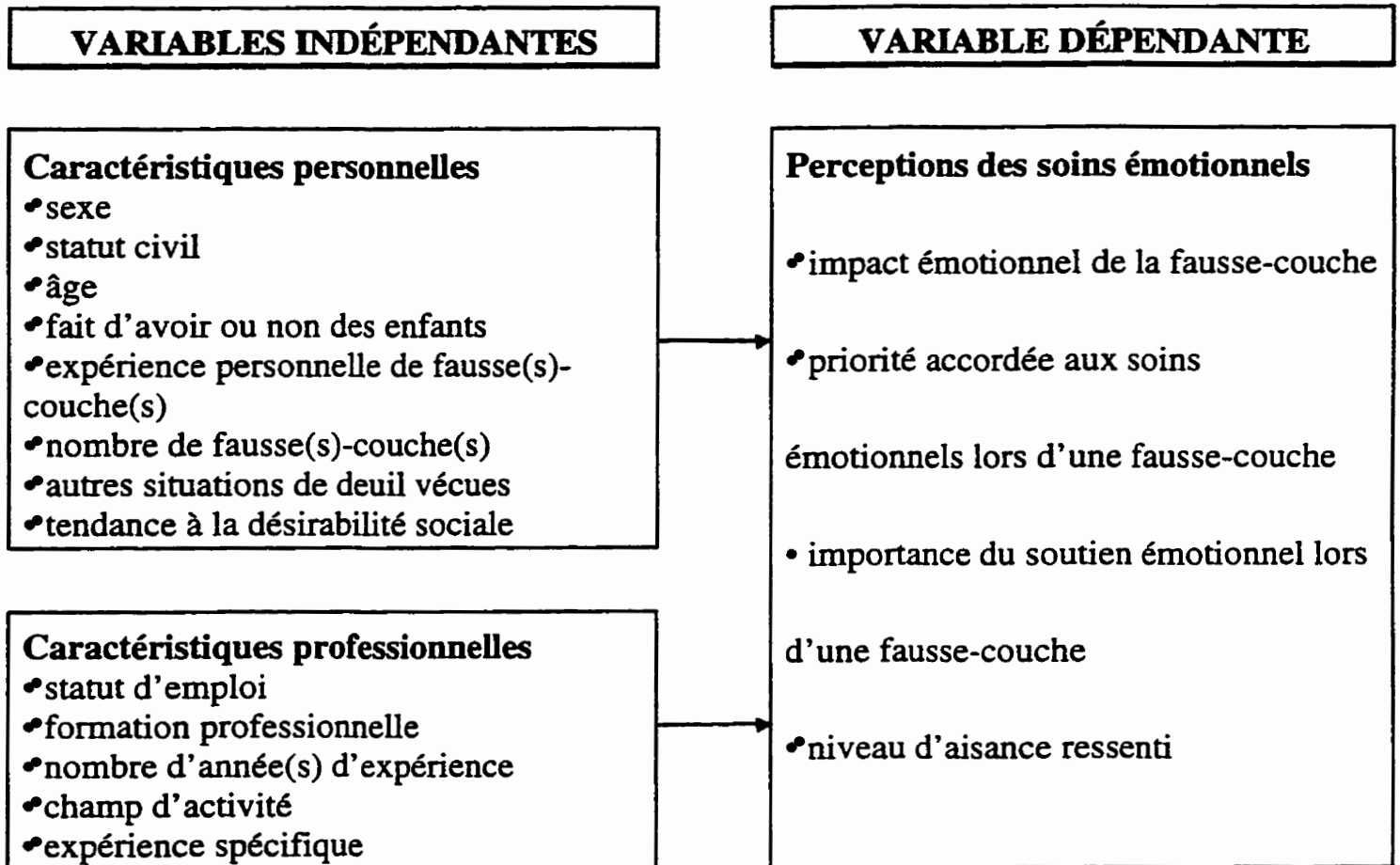
Le choix de la majorité des variables a été établi à partir des études de Reed (1990, 1992). Bien que la caractéristique personnelle, qu'est la tendance à se conformer, mesurée par la désirabilité sociale n'ait pas été évaluée par Reed, il semble pertinent de l'inclure dans cette étude afin de vérifier son association avec les réponses des participantes. Pour ce qui est des variables liées à des situations de deuil, dont l'expérience antérieure de fausse-couche, leur choix est basé sur les écrits de De Montigny et Beaudet (1997) qui suggèrent que ces facteurs influencent la qualité des soins. Ces variables pourraient influencer les perceptions des infirmières des soins émotionnels à prodiguer.

D'autres variables sont susceptibles d'agir de façon importante sur les perceptions des soins à l'égard des femmes vivant une fausse-couche, et le choix de ces variables fait référence à l'expérience professionnelle de l'auteure de ce mémoire. Ces variables ont été regroupées ici sous l'appellation «caractéristiques professionnelles». Ces variables sont : le statut d'emploi, la

formation professionnelle, le nombre d'année(s) d'expérience, le champ d'activité et l'expérience spécifique. Le statut d'emploi permettra de distinguer les infirmières travaillant à temps complet ou à temps partiel sur une base régulière ou de façon temporaire. La formation professionnelle se réfère à la formation académique de l'infirmière. Le diplôme traditionnel et la formation collégiale (DEC en soins infirmiers) seront différenciés de la formation universitaire (baccalauréat). Le certificat de premier cycle sera considéré comme un niveau intermédiaire entre le DEC en soins infirmiers et le baccalauréat. Une distinction sera faite au niveau du deuxième cycle entre le diplôme de deuxième cycle et la maîtrise. Le nombre d'année(s) d'expérience se réfère au nombre d'année(s) de pratique à titre d'infirmière. Le champ d'activité désigne le secteur où l'infirmière travaille, c'est-à-dire la périnatalité, le court-séjour gynécologie, l'urgence et le bloc opératoire. Enfin, l'expérience spécifique est définie comme étant le fait d'avoir déjà soigné des femmes qui ont vécu une fausse-couche.

L'ensemble des variables étudiées est présenté de façon schématique à la page suivante.

FIGURE II
CADRE D'ANALYSE



CHAPITRE IV

LA MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente les différents aspects de la méthodologie utilisée dans l'étude. Cette recherche est de nature descriptive. La population à l'étude et la taille de l'échantillon, les considérations éthiques, le mode de recrutement et de collecte des données ainsi que les critères de sélection des participantes sont d'abord présentés. Les instruments de mesure utilisés sont aussi expliqués ainsi que le plan d'analyse des données.

4.1 La population à l'étude et la taille de l'échantillon

Les infirmières d'un centre hospitalier de la région de Montréal ont été invitées à participer à cette recherche. Les infirmières qui détenaient un poste à temps complet, à temps partiel permanent ou à temps partiel occasionnel (détenant un remplacement de plus d'un mois) sur les unités d'urgence, du bloc opératoire, du court séjour-gynécologie et de la périnatalité représentent la population à l'étude (178 infirmières). Toutes les infirmières affectées à ces unités ont été invitées à participer à l'étude. Parmi les 178 infirmières sollicitées, 103 infirmières ont accepté de participer. Le taux de participation global est ainsi de 57 %. En excluant l'urgence qui vivait certains conflits au moment de l'étude et où la participation n'est que de 21 %, les infirmières des autres unités

ont participé dans une proportion de 75 %. La participation des infirmières en fonction des unités auxquelles elles étaient rattachées se répartit comme suit :

• urgence	12 infirmières	(21 %)
• bloc opératoire	14 infirmières	(61 %)
• court séjour gynécologie	9 infirmières	(53 %)
• périnatalité	67 infirmières	(84 %)

4.2 Les considérations éthiques

L'approbation du projet de recherche a été facile à obtenir étant donné la sensibilité des personnes concernées à la problématique du deuil périnatal. Le projet de réalisation de cette recherche au centre hospitalier participant a été accepté par la directrice des soins infirmiers et des services d'hôtellerie (annexe 1). Après vérification, l'étude n'avait pas à être soumise au Comité d'éthique de l'établissement pour être réalisée dans ce milieu. Un contact a été établi avec la responsable du service de périnatalité pour convenir des modalités de fonctionnement.

La collaboration de la consultante en deuil périnatal dans ce centre hospitalier a été assurée par la responsable de la périnatalité. Une rencontre avec les responsables des unités concernées et la consultante en deuil périnatal a été réalisée afin d'expliquer le but de l'étude, le formulaire de consentement et les implications liées à leur participation.

Le formulaire de consentement informait les infirmières du but de l'étude, du libre choix de participer ou non à cette recherche, de leur droit de se retirer en tout temps, du respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations reçues ainsi que de l'importance de leur participation à cette étude. Chaque infirmière devait signer un formulaire de consentement. Une copie du formulaire de consentement est présentée à l'annexe 2.

4.3 Le mode de recrutement et de collecte des données

Les participantes à l'étude ont été recrutées sur une base volontaire par les infirmières responsables sur trois unités, l'urgence, le court-séjour gynéco et le bloc opératoire, et par la consultante en deuil périnatal pour la périnatalité. Aucune information n'a été recueillie sur les infirmières non participantes. La collecte des données s'est déroulée du 7 au 21 avril 1997. Chaque responsable des unités, sauf celle de la périnatalité, distribuait et recueillait les formulaires de consentement, par la suite, les responsables remettaient les questionnaires aux infirmières volontaires. Les questionnaires ont été complétés par les infirmières sur les unités concernées. Ces dernières, après les avoir complétés, les remettaient à la responsable de l'unité dans une enveloppe scellée, qui elle, les transmettait à la consultante en deuil périnatal. Pour ce qui est de la périnatalité, la responsabilité de la distribution et du retour des formulaires de consentement et des questionnaires des infirmières volontaires revenait à la consultante en deuil périnatal.

4.4 Les critères de sélection des participants à l'étude

Les infirmières qui ont participé à cette étude détenaient un permis d'exercice de l'O.I.I.Q. Elles devaient aussi être en mesure de comprendre le français écrit.

4.5 Les instruments de mesure et leurs qualités métrologiques

Le questionnaire de recherche comportait trois sections. La première mesurait les différents aspects émotionnels des soins lors d'une fausse-couche. La deuxième section évaluait la désirabilité sociale de la répondante. La troisième section permettait de recueillir les données sur les caractéristiques personnelles et professionnelles des infirmières participantes.

4.5.1 La mesure des différents aspects émotionnels des soins lors d'une fausse-couche

Le mesure des différents aspects émotionnels des soins a été réalisée à l'aide du «Emotional Care Instrument». Lors de la récession des écrits, très peu d'échelles de mesure relatives aux aspects émotionnels des soins donnés aux femmes qui vivent une fausse-couche ont été identifiées. L'instrument de mesure sélectionné pour cette recherche a été élaboré par Reed (1987). Ce questionnaire a été construit à partir d'un questionnaire développé par Dillman's en 1975 le «Dillman's Total Design Method».

Cet instrument a été conçu pour être utilisé par des infirmières sous la forme d'un questionnaire auto-administré. L'échelle consiste en 14 énoncés, incluant quatre sous-échelles. La répondante doit indiquer son degré d'accord avec chacun des énoncés à l'aide d'une échelle en sept points de type Likert (cote minimale=1, cote maximale=7). Cet instrument permet d'avoir une cote globale pour chaque dimension ainsi que pour l'ensemble des dimensions des soins émotionnels. Le résultat total peut varier entre 14 et 98. Un résultat supérieur à 48 indique que l'infirmière se préoccupe de l'aspect des soins émotionnels.

La consistance interne de l'instrument de Reed, évaluée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach, est de 0,82. La validité de construit a été vérifiée en utilisant l'analyse factorielle à partir des données recueillies lors d'une étude auprès de 309 infirmières. Quatre facteurs, ayant obtenu une valeur propre supérieure à un, ont été retenus et expliquent 58 % de la variance des différents aspects des soins émotionnels mesurés par les 14 énoncés. Le premier facteur inclut cinq énoncés relatifs aux perceptions des infirmières sur l'impact émotionnel de la fausse-couche (style de vie, détresse émotionnelle, temps de récupération, réaction émotionnelle, assistance à se préparer à parler de son expérience). Le deuxième facteur inclut trois éléments ayant trait à la priorité accordée aux soins d'une femme vivant une fausse-couche (temps requis pour les soins, priorité accordée dans la planification des soins, suivi au départ). Le troisième facteur comprend trois items qui avaient comme thème commun le soutien émotionnel donné par l'infirmière (encouragement de la part des infirmières d'inclure les personnes significatives, volonté de référer la cliente à un groupe de soutien, niveau d'empathie de l'infirmière envers la cliente). Le

quatrième facteur n'inclut que deux items, et concerne le niveau d'aisance ressenti avec cette clientèle (niveau d'aisance ressenti à discuter de grossesses futures, niveau d'aisance ressenti avec cette clientèle). Le facteur quatre n'ayant pas rencontré de façon significative le seuil requis, celui-ci n'a pas été retenu comme une dimension spécifique mesurée par l'instrument bien que les deux questions qui y sont rattachées continuent de faire partie de l'instrument. De plus, d'après l'analyse factorielle effectuée, la question six ne semble reliée à aucun de ces facteurs. Cette question porte sur l'enseignement qui, à notre avis, se réfère davantage à l'aspect du soutien informatif que celui du soutien émotionnel. Malgré les deux limites de l'instrument que nous venons d'énoncer, il fut utilisé dans sa forme originale afin d'éviter de modifier ses qualités métrologiques.

L'auteure de l'instrument utilise habituellement plusieurs mises en situation en faisant varier certaines caractéristiques de la femme vivant une fausse-couche. L'élaboration de la mise en situation pour cette étude a été préalablement discutée par des infirmières ayant une expertise en périnatalité et en santé de la famille à partir de critères reflétant une situation exigeant un maximum de soins émotionnels. Les questions servant à mesurer les soins émotionnels faisaient suite à cette mise en situation. Après avoir obtenu l'autorisation de madame Reed, l'instrument avait été traduit en français par l'auteure de ce mémoire assistée d'une traductrice. Le questionnaire avait été traduit en conservant le sens des questions et en l'adaptant au contexte québécois. La validité de la traduction française a aussi été vérifiée par la directrice de cette étude.

4.5.2 La procédure pour le pré-test du «Emotional Care Instrument»

La version française de l'instrument (annexe 3, section 1) fut utilisée dans une étude préliminaire auprès d'infirmières travaillant en gynécologie dans un centre hospitalier de l'Est du Québec. Ce pré-test a été réalisé du 18 au 27 mars 1997. Il fut effectué auprès d'une douzaine d'infirmières. L'anonymat et la confidentialité des données recueillies ont été respectés. Le pré-test avait pour but de vérifier la compréhension et l'adaptation française des questions, la distribution et le retour du questionnaire par l'infirmière responsable ainsi que le temps requis pour y répondre. Au moment du pré-test une question ouverte fut incluse à la fin du questionnaire afin de permettre aux infirmières d'émettre des commentaires généraux. L'assistante infirmière responsable a assumé le retour et la distribution des questionnaires, étant donné l'absence de l'infirmière responsable de l'unité lors du pré-test. Après avoir complété le questionnaire, la répondante le remettait sous enveloppe scellée à l'assistante infirmière chef de l'unité. Suite à ce pré-test, le mot «médical» a été supprimé de la question six de la section 1, étant donné que «l'information médicale» portait à confusion chez les infirmières. Elles avaient émis comme commentaire que l'information touchant l'aspect médical relevait directement des médecins. Aucun autre ajustement ne fut nécessaire.

4.5.3 La mesure de la désirabilité sociale

La désirabilité sociale a été mesurée à l'aide du «Balanced Inventory of Desirable Responding» (BIDR), développé par Delroy L. Paulhus en 1988. C'est

la version 6 - Forme 40, traduite par Sabourin et Lussier (1991) qui a été utilisée dans la cadre de cette recherche (annexe 4). Cet instrument mesure deux construits en lien avec la désirabilité sociale : l'auto-amélioration illusoire (AMI) qui concerne les prétentions exagérées des attributs cognitifs (sur-confiance dans son jugement) et l'habileté à contrôler les impressions (HCI) qui se rapportent au fait que plusieurs personnes surestiment leur performance dans des comportements désirables et sous-estiment leurs comportements indésirables (Paulhus, 1991).

La version 6 - forme 40 contient 40 propositions (annexe 3, section 2). Chaque construit a un contenu de 20 énoncés dont la moitié des énoncés sont formulés négativement. Paulhus précise que les cotes des 40 énoncés peuvent aussi être additionnées afin d'obtenir un résultat global de désirabilité sociale. Le répondant doit indiquer son degré d'accord avec chacun des énoncés sur une échelle de Likert de sept points (faux=1, totalement vrai=7). Après avoir inversé la cote de chacun des énoncés formulés négativement, le résultat de chacune des sous-échelles est calculé en additionnant les 20 énoncés. Le résultat total pour chaque sous-échelle peut ainsi se situer entre 20 et 140. Pour obtenir le résultat dichotomique, on attribue un point pour chaque «6» ou «7» qui apparaît. La cote de chacune des sous-échelles, l'auto-amélioration illusoire (AMI) et l'habileté à contrôler les impressions (HCI), peut alors varier de 0 à 20. Cette procédure permet d'obtenir des cotes élevées seulement pour les sujets qui surestiment les réponses désirables. C'est cette forme de résultats qui a été utilisée dans les analyses des données de l'étude faisant l'objet de ce mémoire.

La consistance interne de l'instrument évaluée avec le coefficient alpha est de 0,80 pour l'auto-amélioration illusoire (AMI), de 0,86 pour l'habileté à contrôler les impressions (HCI) et de 0,83 quand les 40 énoncés sont considérés ensemble pour la mesure globale de la désirabilité sociale (Paulhus, 1988). Pour ce qui est de la validité de la traduction française de cet instrument, le coefficient alpha de l'auto-amélioration illusoire (AMI) est de 0,72 et de 0,70 pour l'habileté à contrôler les impressions (HCI) (Sabourin & Coallier, 1991).

4.5.4 Les caractéristiques personnelles et professionnelles

Onze questions ont servi à mesurer les caractéristiques personnelles et professionnelles des répondantes (annexe 3, section 3), en plus des questions concernant la désirabilité sociale traitées en 4.4.3. Six questions concernent les caractéristiques personnelles : le sexe, le statut civil, l'âge, le fait d'avoir ou non des enfants, l'expérience personnelle et le nombre de fausse(s)-couche(s) et les autres situations de deuil vécues. Les cinq caractéristiques professionnelles sont : le statut d'emploi, la formation professionnelle, le nombre d'année(s) d'expérience, le champ d'activité et l'expérience de soin à une femme vivant une fausse-couche.

4.6 Le plan d'analyse des données

L'analyse des données fut effectuée avec le progiciel statistique S.A.S. (Statistical Analysis System). Des analyses descriptives (moyenne, écart-type, etc...) ont été réalisées pour les variables des caractéristiques personnelles et professionnelles ainsi que pour les soins émotionnels. Le coefficient de

corrélation de Spearman fut utilisé afin de vérifier les liens entre les caractéristiques personnelles, professionnelles et les perceptions des infirmières envers les différents aspects des soins émotionnels. Cette même analyse fut effectuée pour l'ensemble des caractéristiques personnelles et professionnelles.

Les caractéristiques personnelles et professionnelles permettant d'établir des différences dans les perceptions des infirmières ont été identifiées par des analyses de variance univariées et multivariées (Anova, Manova).

CHAPITRE V

LES RÉSULTATS

La première partie de ce chapitre présente la consistance interne des instruments de mesure employés dans cette étude. La deuxième partie décrit les caractéristiques personnelles et professionnelles des infirmières ayant participé à la recherche. La troisième section rend compte des résultats concernant la description des perceptions des soins émotionnels des infirmières. La quatrième partie du chapitre fait état des relations entre les variables étudiées. Enfin, la dernière section rapporte les résultats des analyses de variance univariées et multivariées des dimensions des soins émotionnels en fonction des caractéristiques personnelles et professionnelles.

5.1 La vérification de la consistance interne des instruments de mesure dans la population étudiée

La consistance interne des instruments de mesure utilisés a été vérifiée à partir des données recueillies auprès des participantes à l'étude. Le coefficient alpha de Cronbach a été calculé pour la mesure des soins émotionnels. Le KR20 de Kuder-Richardson fut utilisé pour la mesure de la désirabilité sociale. Les résultats de ces analyses sont rapportés aux pages suivantes.

5.1.1 La mesure des soins émotionnels

Le coefficient alpha de Cronbach a été calculé pour chacune et pour l'ensemble des dimensions des soins émotionnels : l'impact émotionnel, la priorité accordée aux soins, le soutien émotionnel et le niveau d'aisance ressenti avec la cliente. Les résultats sont présentés au tableau I. Le coefficient alpha de Cronbach varie de 0,56 à 0,75 en ce qui concerne les dimensions spécifiques des soins émotionnels. La consistance interne de l'ensemble de la mesure des soins émotionnels est de 0,81.

Tableau I

Consistance interne de la mesure des soins émotionnels

Dimension des soins émotionnels	Coefficient alpha de Cronbach Infirmières (n=103)
Impact émotionnel	0,75
Priorité accordée aux soins	0,56
Soutien émotionnel	0,61
Niveau d'aisance ressenti	0,67
Ensemble des dimensions des soins émotionnels	0,81

5.1.2 La mesure de la désirabilité sociale

La mesure de la désirabilité sociale comporte deux dimensions : l'auto-amélioration illusoire (AMI) et l'habileté à contrôler les impressions (HCI) (Tableau II). Pour chacune de ces dimensions, un KR20 de Kuder-Richardson a été calculé en tenant compte des résultats dichotomiques obtenus à partir des données recueillies auprès des infirmières ayant participé à l'étude. Le KR20 est de 0,59 pour l'auto-amélioration illusoire (AMI), de 0,68 pour l'habileté à contrôler les impressions (HCI) et de 0,74 pour l'ensemble de la mesure.

Tableau II

Consistance interne de la mesure de la désirabilité sociale

Dimension de la désirabilité sociale	Kr20 Infirmières (n=100)
AMI (auto-amélioration illusoire)	0,59
HCI (habileté à contrôler les impressions)	0,68
Désirabilité sociale globale	0,74

Les analyses effectuées, à partir des données recueillies auprès des participantes de l'étude, permettent de constater que la consistance interne des instruments de mesure est généralement adéquate. Par ailleurs, une dimension de la mesure des soins émotionnels, la priorité accordée aux soins présente une faiblesse dont il faudra tenir compte dans l'interprétation des résultats.

5.2 Les caractéristiques personnelles et professionnelles des infirmières

5.2.1 Les caractéristiques personnelles des infirmières

Des données sur les infirmières ayant participé à l'étude ont été recueillies afin d'obtenir un portrait de leurs principales caractéristiques personnelles. Ces informations concernent le sexe, le statut civil, l'âge, le fait d'avoir des enfants ou non, l'expérience personnelle de fausse(s)-couche(s), l'expérience antérieure de deuil et la tendance à la désirabilité sociale. Ces données sont présentées au tableau III.

L'échantillon était composé de 103 infirmières, dont 101 (98,1 %) étaient de sexe féminin. Plus de la moitié des infirmières étaient mariées, tandis qu'une proportion de 21,4 % étaient conjointes de fait. La moitié des répondantes se situaient dans le groupe d'âge de 30 à 39 ans et plus du tiers étaient âgées de 40 à 49 ans. Huit participantes sur dix avaient des enfants et presque une sur trois avait vécu l'expérience personnelle d'une fausse-couche. Plus de 80 % des répondantes avaient déjà vécu un deuil dans leur vie. Dans 40 % des cas, il s'agissait d'un deuil autre que celui des parents et des enfants.

Tableau III
Distribution de fréquences des caractéristiques personnelles
des infirmières
(n=103)

Caractéristiques personnelles des infirmières	Catégories	n	%	
Sexe	Féminin	101	98,1	
	Masculin	2	1,9	
Statut civil	Célibataire	5	4,8	
	Mariée	58	56,3	
	Conjointe de fait	22	21,4	
	Divorcée/séparée	18	17,5	
Âge	20-29 ans	5	4,9	
	30-39 ans	51	49,5	
	40-49 ans	40	38,8	
	50-59 ans	7	6,8	
Enfant	Oui	83	80,6	
	Non	20	19,4	
Nombre de fausse(s)-couche(s) vécue(s)	Aucune fausse-couche	72	69,9	
	1	24	23,3	
	2 et plus	7	6,8	
Autres situations de deuil vécues ¹	Aucun autre deuil	18	17,7	
	Décès d'un enfant	4	3,9	
	Décès de la mère	19	18,6	
	Décès du père	20	19,6	
	Autre décès	41	40,2	
Désirabilité sociale globale ²	AMI ³	≤ 6,8	60	60
		> 6,8	40	40
	HCI ³	≤ 4,9	19	19
		> 4,9	81	81

1. Caractéristique mesurée auprès de 102 sujets.

2. Caractéristique mesurée auprès de 100 sujets.

3. Les catégories sont basées sur le seuil critique établi par Paulhus (1988).

En ce qui concerne la désirabilité sociale, deux catégories ont été formées pour chacune des dimensions de l'auto-amélioration illusoire (AMI) et de l'habileté à contrôler les impressions (HCI) à partir des résultats dichotomiques obtenus. D'après l'auteur de l'instrument (Paulhus, 1988), les résultats égaux ou supérieurs à 6,8 pour la dimension l'auto-amélioration illusoire (AMI) et à 4,9 pour la dimension l'habileté à contrôler les impressions (HCI), indiquent une forte propension à la désirabilité sociale. Quarante pourcent des participantes ont obtenu une cote supérieure à 6,8 pour l'auto-amélioration illusoire (AMI) et 81 % ont une cote supérieure à 4,9 pour l'habileté à contrôler les impressions (HCI). Ces résultats indiquent qu'une bonne proportion des infirmières ayant participé à cette étude ont une forte propension à la désirabilité sociale.

5.2.2 Les caractéristiques professionnelles des infirmières

Les caractéristiques professionnelles des infirmières étudiées ici sont les suivantes : le statut d'emploi, la formation professionnelle inclut la formation de base et la scolarité supplémentaire, le nombre d'année(s) d'expérience, le champ d'activité et l'expérience spécifique. Ces informations sont rapportées au tableau IV.

Quarante pourcent des répondantes travaillaient à temps complet alors que 56 % d'entre elles avaient un statut de temps partiel. Quatre-vingt-trois pourcent des infirmières avaient un diplôme d'études collégiales comme formation de base. Soixante et un pourcent des répondantes n'avaient aucune formation

supplémentaire après leur formation de base. Toutefois, 11,8 % avaient un baccalauréat en Sciences infirmières et 9,8 % un baccalauréat général. Près de 55 % des infirmières avaient entre 15 et 24 années d'expérience de travail et 32,4 % entre 0 et 14 années d'expérience. Les deux tiers de cet échantillon travaillaient en périnatalité, 11,8 % à l'urgence, 13,7 % au bloc opératoire et 8,8 % au court-séjour-gynécologie. En ce qui concerne l'expérience de travail spécifique, 88,2 % des participantes avaient déjà soigné une femme ayant vécu une fausse-couche.

Tableau IV
Distribution de fréquences des caractéristiques professionnelles
des infirmières
(n=102)

Caractéristiques profes- sionnelles des infirmières	Catégories	n	%
Statut d'emploi	Temps complet	41	40,2
	Temps partiel permanent	57	55,9
	Temps partiel occasionnel	4	3,9
Formation de base	Diplôme traditionnel	15	14,7
	D.E.C.	85	83,3
	Bacc. Sciences infirmières	2	2,0
Scolarité supplémentaire	Aucune	62	60,8
	Bacc. Sciences infirmières	12	11,8
	Bacc. général	10	9,8
	Certificat 1 ^{er} cycle univ.	12	11,8
	Autres	6	5,8
Nombre d'année(s) d'expérience	0-14 ans	33	32,4
	15-24 ans	56	54,9
	25 ans et plus	13	12,7
Champ d'activité	Périnatalité	67	65,7
	Urgence	12	11,8
	Bloc opératoire	14	13,7
	Court séjour-gynéco	9	8,8
Expérience spécifique	Déjà soigné	90	88,2
	Jamais soigné	12	11,8

5.3 La description des perceptions des infirmières concernant les soins émotionnels

Le tableau V présente les résultats des moyennes et des écarts types de chacune des dimensions des soins émotionnels mesurées à partir de la situation fictive soumise aux infirmières ayant participé à l'étude. La dimension du soutien émotionnel et celle relative à la priorité accordée aux soins ont obtenu les moyennes les plus élevées. Par contre, le niveau d'aisance ressenti est la dimension qui a obtenu la moyenne la plus basse. C'est aussi pour cette dimension que l'écart type est le plus grand. Cette statistique révèle ainsi une plus grande dispersion des résultats autour de la moyenne en regard de cet aspect des soins émotionnels.

Tableau V
Moyennes et écarts types des soins émotionnels
(n=103)

Dimension des soins émotionnels	Moyenne	Écart type
Impact émotionnel ¹	5,70	0,68
Priorité accordée aux soins ¹	5,82	0,77
Soutien émotionnel ¹	6,12	0,82
Niveau d'aisance ressenti ¹	4,77	1,32
Ensemble des dimensions des soins émotionnels	5,58	0,61

1. Moyenne de 14 énoncés, chacun des énoncés variant de 1 à 7.

Le tableau VI donne les résultats des moyennes et des écarts types obtenus pour l'ensemble de la mesure de la désirabilité sociale et pour chacune de ses dimensions : l'auto-amélioration illusoire (AMI) et l'habileté à contrôler les impressions (HCI). La moyenne de l'habileté à contrôler les impressions (HCI) est plus élevée que celle de l'auto-amélioration illusoire (AMI). La désirabilité sociale globale, somme de l'auto-amélioration illusoire (AMI) et de l'habileté à contrôler les impressions (HCI), a l'écart type le plus grand, ce qui indique que les résultats sont plus dispersés autour de la moyenne.

Tableau VI

**Moyennes et écarts types de la désirabilité sociale
(n=100)**

Dimension des soins émotionnels	Moyenne	Écart type
AMI ¹ (auto-amélioration illusoire)	5,71	2,82
HCI ¹ (habileté à contrôler les impressions)	8,54	3,39
Désirabilité sociale globale ¹	14,25	5,20

1. Moyenne de 20 énoncés, chacun des énoncés variant de 0 à 20.

5.4 Les relations entre les variables

Les caractéristiques personnelles et professionnelles des infirmières ont été mises en relation avec les dimensions des soins émotionnels mesurées.

Les corrélations des caractéristiques personnelles, telles que le statut civil, l'âge, le nombre de fausse(s)-couche(s), les autres situations de deuil vécues, les deux dimensions de la désirabilité sociale, l'auto-amélioration illusoire (AMI) et l'habileté à contrôler les impressions (HCI), et la désirabilité sociale globale avec les dimensions des soins émotionnels sont présentées au tableau VII.

Les relations significatives entre les variables étudiées sont plutôt faibles, les corrélations varient de 0,21 à 0,33. Les corrélations les plus importantes des caractéristiques personnelles avec les dimensions des soins émotionnels sont les suivantes : l'auto-amélioration illusoire (AMI) et la désirabilité sociale globale avec le niveau d'aisance ressenti ($r=0,33$ $p=0,0008$; $r=0,33$ $p=0,0007$), la désirabilité sociale globale avec l'ensemble des soins émotionnels ($r=0,30$ $p=0,0026$) et le nombre de fausse(s)-couche(s) avec le niveau d'aisance ressenti ($r=0,28$ $p=0,0117$).

Tableau VII

**Matrice de corrélation des caractéristiques personnelles
avec les dimensions des soins émotionnels
(n=103)**

Variables	Impact émotionnel	Priorité accordée aux soins	Soutien émotionnel	Niveau d'aisance ressenti	Ensemble des soins émotionnels
Statut civil	-0,09 0,3592	0,04 0,6959	-0,009 0,9256	0,05 0,6481	-0,04 0,6828
Âge	0,12 0,2449	-0,09 0,3638	-0,00 0,9724	0,17 0,0844	0,08 0,4337
Nombre de fausse(s)-couche(s)	-0,06 0,5713	-0,17 0,0796	-0,04 0,7160	0,28 0,0117	-0,02 0,8269
Autres situations de deuil vécues	-0,05 0,6317	0,02 0,8060	0,07 0,4801	0,03 0,7830	0,00 0,9646
AMI	0,15 0,1373	0,10 0,3389	0,21 0,0394	0,33 0,0008	0,25 0,0109
HCI	0,08 0,4538	0,21 0,0392	0,27 0,0070	0,26 0,0088	0,27 0,0060
Désirabilité sociale globale	0,12 0,2307	0,18 0,0796	0,27 0,0061	0,33 0,0007	0,30 0,0026

Les corrélations des caractéristiques professionnelles telles que la scolarité supplémentaire, le nombre d'année(s) d'expérience, le champ d'activité et l'expérience spécifique avec les dimensions des soins émotionnels sont présentées au tableau VIII. Les seuils de signification variant de 0,12 à 0,91, aucune caractéristique professionnelle n'a de lien significatif avec l'une ou l'autre des dimensions des soins émotionnels.

Les corrélations entre les caractéristiques personnelles et les caractéristiques professionnelles des répondantes sont présentées au tableau IX. La plus forte association s'observe entre deux caractéristiques professionnelles des participantes. Le nombre d'année(s) d'expérience est en effet fortement relié à l'expérience spécifique ($r=0,81$ $p=0,0001$). Deux autres caractéristiques professionnelles, l'expérience spécifique et le nombre d'année(s) d'expérience, sont fortement et modérément corrélées avec l'âge des répondantes ($r=0,75$ $p=0,0001$; $r=0,48$ $p=0,0001$). Enfin, la scolarité supplémentaire est faiblement associée avec les autres situations de deuil vécues ($r=0,29$ $p=0,0037$).

Tableau VIII

**Matrice de corrélation des caractéristiques professionnelles
avec les dimensions des soins émotionnels
(n=102)**

Variables	Impact émotionnel	Priorité accordée aux soins	Soutien émotionnel	Niveau d'aisance ressenti	Ensemble des soins émotionnels
Scolarité supplémentaire	0,04 0,7207	0,03 0,7304	0,09 0,3848	- 0,04 0,7223	0,01 0,8884
Nombre d'année(s) d'expérience	0,08 0,4280	- 0,15 0,1219	- 0,11 0,2934	- 0,09 0,3593	- 0,06 0,5243
Champ d'activité	- 0,01 0,9105	- 0,15 0,1330	- 0,11 0,2560	0,06 0,5467	- 0,11 0,2640
Expérience spécifique	0,013 0,1975	- 0,10 0,3180	- 0,05 0,6408	0,06 0,5820	0,04 0,6651

Tableau IX

**Matrice de corrélation entre les caractéristiques personnelles
et les caractéristiques professionnelles des répondantes
(n=102)**

Caractéristiques personnelles et professionnelles	Statut civil	Âge	Nbre de fausse(s)- couche(s)	Autres situa. deuil vécues	Scolarité suppl.	Exp. spéc.	Nbre d'année(s) d'exp.	Champ d'activité
Statut civil	1,00 0,0000							
Âge	0,05 0,5822	1,00 0,0000						
Nombre de fausse(s)-couche(s)	0,10 0,3127	- 0,048 0,6319	1,00 0,0000					
Autres situa. de deuil vécues	- 0,05 0,6014	- 0,09 0,3734	0,13 0,1770	1,00 0,0000				
Scolarité supplémentaire	- 0,13 0,2033	- 0,00 0,9487	- 0,08 0,4489	0,29 0,0037	1,00 0,0000			
Expérience spécifique	0,08 0,4290	0,75 0,0001	0,04 0,7082	- 0,11 0,2541	0,04 0,6760	1,00 0,0000		
Nbre d'année(s) d'expérience	0,04 0,6800	0,48 0,0001	0,02 0,8413	- 0,09 0,3941	0,08 0,4102	0,81 0,0001	1,00 0,0000	
Champ d'activité	0,03 0,7815	0,03 0,7840	0,12 0,2262	0,16 0,1122	- 0,14 0,1583	0,09 0,3857	0,10 0,3050	1,00 0,0000

5.5 Les résultats des analyses de variance univariées et multivariées

Une première analyse de variance univariée a été effectuée pour identifier les caractéristiques personnelles des infirmières permettant d'établir une différence au niveau de l'ensemble des soins émotionnels. Les résultats de ces analyses sont présentés au tableau X. L'auto-amélioration illusoire (AMI) ($p=0,0256$) est la seule variable ayant une influence significative au niveau des soins émotionnels.

Tableau X

Résultats de l'analyse de variance univariée de l'ensemble des soins émotionnels en fonction des caractéristiques personnelles (n=103)

Critères de classification	Valeur de F	P
Statut civil	0,29	0,8338
Âge	0,55	0,6519
Enfant	0,42	0,5165
Nombre de fausse(s)-couche(s)	0,04	0,9562
Autres situations de deuil vécues	2,03	0,0966
AMI (auto-amélioration illusoire)	5,14	0,0256
HCI (habileté à contrôler les impressions)	1,97	0,1632

Une analyse multivariée a ensuite été faite à partir des dimensions des soins émotionnels en fonction des deux catégories de l'auto-amélioration illusoire (AMI) afin de savoir sur quelles dimensions cette variable avait une influence.

Les résultats de cette analyse présentés au tableau XI permettent de constater que c'est au niveau de l'impact émotionnel ($F=4,08$ $p=0,0462$) et au niveau d'aisance ressentie ($F=4,52$ $p=0,0360$) que cette caractéristique personnelle des répondantes se révèle de façon significative. Les infirmières ayant une plus forte tendance à l'auto-amélioration illusoire (AMI) ont des résultats plus élevés en ce qui concerne la perception de l'impact émotionnel de la fausse-couche (Moyenne=5,85 versus 5,57). Elles déclarent aussi se sentir plus à l'aise à l'égard des femmes vivant une fausse-couche que leurs collègues ne manifestant pas cette tendance (Moyenne=5,14 versus 4,56).

Tableau XI

**Résultats de l'analyse de variance multivariée
des dimensions des soins émotionnels en fonction de l'AMI
(n=100)**

Dimension des soins émotionnels	Moyennes AMI		Valeur de F	P
	n=60	n=40		
Impact émotionnel	5,57	5,85	4,08	0,0462
Priorité accordée aux soins	5,74	5,88	0,72	0,3984
Soutien émotionnel	5,99	6,26	2,70	0,1035
Niveau d'aisance ressentie	4,56	5,14	4,52	0,0360

Une analyse de variance univariée a aussi été réalisée pour vérifier l'influence des caractéristiques professionnelles sur les soins émotionnels. Les variables concernant le nombre d'année(s) d'expérience et le champ d'activité ont été recodifiées de façon dichotomique pour les fins de cette analyse. Le nombre d'année(s) d'expérience fut regroupé comme suit : 0 à 14 années d'expérience et 15 années d'expérience et plus. Le champ d'activité fut classé comme suit : la périnatalité et les autres unités. Deux caractéristiques professionnelles, le statut d'emploi ($F=7,33$ $p=0,0011$) et la scolarité supplémentaire ($F=4,47$ $p=0,0055$), permettent d'établir une différence significative au niveau des soins émotionnels (Tableau XII).

Tableau XII

Résultats de l'analyse de variance univariée de l'ensemble des soins émotionnels en fonction des caractéristiques professionnelles
(n=102)

Critères de classification	Valeur de F	P
Statut d'emploi	7,33	0,0011
Formation de base	0,08	0,9189
Scolarité supplémentaire	4,47	0,0055
Nombre d'année(s) d'expérience	0,51	0,4747
Champ d'activité	1,23	0,2697
Expérience spécifique	0,03	0,8642

Les résultats de l'analyse de variance multivariée des dimensions des soins émotionnels en fonction du statut d'emploi, présentés au tableau XIII, indiquent que c'est en regard de l'impact émotionnel ($F=3,26$ $p=0,0427$), du soutien émotionnel ($F=4,75$ $p=0,0107$) et du niveau d'aisance ressenti ($F=4,44$ $p=0,0142$) que le statut d'emploi établit des différences. En effet, les infirmières travaillant à temps partiel occasionnel obtiennent des moyennes plus élevées en ce qui concerne les quatre dimensions spécifiques mesurées. Ces résultats peuvent s'expliquer du fait que les infirmières à temps partiel occasionnel ont peut-être été plus sensibles à la situation présentée. Les infirmières à temps complet ont aussi des moyennes plus élevées que leurs collègues à temps partiel permanent pour chacune des dimensions spécifiques, mais plus faibles que leur paires à temps partiel occasionnel. Les différences observées en fonction des catégories de statut d'emploi sont significatives pour trois des quatre dimensions spécifiques des soins émotionnels.

Tableau XIII

Résultats de l'analyse de variance multivariée des dimensions des soins émotionnels en fonction du statut d'emploi (n=102)

Dimension des soins émotionnels	Moyennes			Valeur de F	P
	T.c. (N=41)	T.p.p. (n=57)	T.p.occ. (n=4)		
Impact émotionnel	5,85	5,56	6,15	3,26	0,0427
Priorité accordée aux soins	5,93	5,68	6,50	2,97	0,0559
Soutien émotionnel	6,33	5,91	6,75	4,75	0,0107
Niveau d'aisance ressenti	4,84	4,57	6,50	4,44	0,0142

Les résultats de l'analyse de variance multivariée des dimensions des soins émotionnels en fonction de la caractéristique professionnelle, la scolarité supplémentaire, sont présentés au tableau XIV. La seule dimension au niveau de laquelle on observe une différence significative est celle du soutien émotionnel ($F=4,92$ $p=0,0032$). Les infirmières ayant obtenu les moyennes les plus élevées concernant le soutien émotionnel sont celles détenant un certificat de 1^{er} cycle avec une moyenne de 6,41, et de 6,22 pour les infirmières ayant un baccalauréat.

Tableau XIV

Résultats de l'analyse de variance multivariée des dimensions des soins émotionnels en fonction de la scolarité supplémentaire (n=102)

Dimension des soins émotionnels	Moyennes				Valeur de F	P
	Aucune (n=62)	Bacc. (n=22)	Cert. (n=12)	Autres (n=6)		
Impact émotionnel	5,70	5,80	5,73	4,95	1,87	0,1394
Priorité accordée aux soins	5,79	5,88	6,11	4,92	2,54	0,0607
Soutien émotionnel	6,10	6,22	6,41	4,75	4,92	0,0032
Niveau d'aisance ressenti	4,80	4,66	5,00	3,75	0,98	0,4051

CHAPITRE VI

LA DISCUSSION

Les résultats de l'étude seront discutés dans les pages suivantes. La première section fait référence à la variable dépendante étudiée en tenant compte de la cote globale et de celle de chacune des dimensions de la mesure des soins émotionnels : l'impact émotionnel de la situation, la priorité accordée aux soins émotionnels, le soutien émotionnel et le niveau d'aisance ressenti avec les femmes qui vivent une fausse-couche. La deuxième partie met en relief l'influence des caractéristiques personnelles et professionnelles des infirmières sur leurs perceptions des soins émotionnels.

Les résultats sont par la suite discutés dans une perspective clinique. Les implications découlant du cadre théorique utilisé concernant les soins infirmiers sont abordées. Les observations de l'étude ont permis de faire des suggestions afin d'apporter certaines modifications dans le rôle que les infirmières assument auprès des femmes vivant une fausse-couche. Les infirmières sont invitées à se questionner sur leurs attitudes et leurs comportements cliniques.

Les limites de l'étude sont identifiées en quatrième partie. Les pistes de recherche, que les résultats de l'étude suggèrent, sont indiquées en conclusion.

6.1 Les quatre dimensions des soins émotionnels

Les résultats de l'étude indiquent que les infirmières ont, en général, obtenu un résultat assez élevé concernant l'ensemble des soins émotionnels à donner aux femmes vivant une fausse-couche. Selon les résultats obtenus, les infirmières sont sensibilisées à l'impact émotionnel de la fausse-couche, à la priorité accordée aux soins émotionnels et au soutien émotionnel lors de cette situation. Cependant les infirmières ont obtenu des résultats plus faibles concernant le niveau d'aisance ressenti à soigner cette clientèle.

Dans cette étude, la moyenne obtenue est de 5,58 pour l'ensemble des dimensions des soins émotionnels. En comparaison, Reed a observé, en 1992, une moyenne de 4,80 pour l'ensemble des dimensions des soins émotionnels. Cette différence peut s'expliquer du fait que cette étude a été réalisée dans un milieu déjà sensibilisé où l'on retrouve une consultante en deuil périnatal et un groupe d'entraide. Une seconde explication possible est que la mise en situation présentée aux infirmières dans cette étude décrivait une situation particulièrement sérieuse alors que Reed a utilisé plusieurs mises en situation reflétant peut-être davantage la diversité des situations que les infirmières sont susceptibles de rencontrer dans leur pratique quotidienne.

Dans cette étude, la moyenne est de 5,82 pour la priorité accordée aux soins. Par contre, dans l'étude de Reed effectuée en 1990, la moyenne était de 4,59 pour cette dimension. Il faut se rappeler ici qu'une faiblesse au niveau de la

dimension de la priorité accordée aux soins, a été identifiée lors de la vérification de la consistance interne de la mesure des soins émotionnels. Le coefficient alpha de Cronbach de la priorité accordée aux soins ne se situe qu'à 0,56. Les écrits de Reed rapportent la mesure de la consistance interne de l'ensemble de l'échelle et ne donne aucune information sur celle des dimensions spécifiques.

La dimension du soutien émotionnel est l'aspect des soins ayant obtenu la moyenne la plus élevée chez les infirmières ayant participé à l'étude présentée ici. Les infirmières de l'étude semblent croire que le soutien émotionnel fourni lors d'une fausse-couche soit un moyen privilégié d'aider les femmes à cheminer dans leur processus de deuil.

L'influence du soutien émotionnel sur le processus de deuil après une fausse-couche a été mise en évidence dans plusieurs études (Brown, 1992; Day & Hooks, 1987; De Montigny et al., 1996; Forrest et al., 1982; Friedman & Cohen, 1980; Helmath et Steinitz, 1978; Lemmer, 1991; Murray & Callen, 1988; Schreiner et al., 1979). En effet, lors d'une étude effectuée en 1991, Lemmer a conclu que la perception des femmes d'une relation insatisfaisante avec les infirmières ne les aide pas à cheminer dans leur processus de deuil. De plus, Forrest et al. (1982) ont indiqué que la durée de réaction au deuil est plus courte lorsque la famille reçoit du soutien après une perte périnatale. Quant à Day et Hooks, dans leur étude en 1987, ils partagent les conclusions des auteurs cités

ci-haut, c'est-à-dire que le soutien offert à la famille représente un bon facteur de prédiction de la résolution positive du deuil associé à une fausse-couche. Pour leur part, Murray et Callen (1988) ont observé que les parents qui avaient reçu du soutien du personnel hospitalier présentaient un niveau de bien-être psychologique plus élevé. De Montigny et al. (1996) rapportent que lors du décès d'un enfant, un soutien spécifique, structuré et approprié permet de diminuer la période de détresse psychosociale dans la famille et de parvenir à une plus grande cohésion familiale. Finalement, en étudiant l'impact de l'implantation d'un groupe de soutien s'adressant aux parents et aux intervenants, Brown (1992) a observé que les parents se sentaient compris et que les intervenants pouvaient donner des soins émotionnels adéquats lorsqu'ils recevaient le soutien nécessaire.

6.2 L'influence des caractéristiques personnelles et professionnelles sur les perceptions des soins émotionnels

D'après les analyses de corrélations, deux caractéristiques personnelles, le nombre de fausse(s)-couche(s) et la désirabilité sociale globale seraient associés aux perceptions des soins émotionnels. Le nombre de fausse(s)-couche(s) des infirmières est relié au niveau d'aisance ressenti lorsqu'on prend soin d'une femme vivant cette situation. Par contre, une tendance est aussi observée avec la priorité accordée aux soins. Il est possible que cette variable aurait été plus significative si l'échantillon avait été plus large. Cependant, le nombre de fausse(s)-couche(s) n'est pas relié aux perceptions des soins émotionnels

considérés globalement. L'histoire antérieure de fausse(s)-couche(s) de l'infirmière fut aussi étudiée par Reed en 1992 à l'aide d'une analyse de régression multiple. Les résultats rapportés par Reed indiquent que le nombre de fausse(s)-couche(s) antérieure(s) ne faisait pas partie des facteurs explicatifs des perceptions des infirmières des soins émotionnels qu'elles sont disposées à offrir à cette clientèle.

Par contre, l'association de la désirabilité sociale globale semble un peu plus importante que le nombre de fausse(s)-couche(s) vécue(s) par l'infirmière soignante puisque la désirabilité sociale globale est reliée de façon significative aux perceptions globales des soins émotionnels et à deux dimensions spécifiques : le niveau d'aisance ressenti et le soutien émotionnel. Cependant, une tendance est aussi remarquée avec la priorité accordée aux soins. Il est plausible que cette variable aurait été plus significative si la population à l'étude avait été plus grande. Les corrélations observées sont par ailleurs plutôt faibles puisqu'elles se situent entre 0,21 et 0,33. On peut ainsi penser que les répondantes ont peut-être voulu projeter une image positive d'elles-mêmes et qu'elles ont répondu aux questions posées en fonction de ce qui est socialement acceptable plutôt qu'en révélant ce qu'elles pensaient vraiment.

Lorsque toutes les caractéristiques personnelles sont considérées en même temps dans l'analyse de variance, une seule dimension de la désirabilité sociale, l'auto-amélioration illusoire (AMI), permet de différencier les perceptions des soins émotionnels considérés globalement. L'analyse multivariée considérant les dimensions spécifiques des perceptions des soins émotionnels en fonction de

l'auto-amélioration illusoire (AMI) révèle une différence significative au niveau de l'impact émotionnel et au niveau d'aisance ressenti avec les femmes vivant une fausse-couche. Il apparaît ainsi que l'influence véritable de la désirabilité sociale soit attribuable à une composante particulière, l'auto-amélioration illusoire (AMI), et que cette influence est plus prononcée sur deux dimensions spécifiques des soins émotionnels.

D'après l'analyse de corrélation des caractéristiques professionnelles, aucune caractéristique professionnelle n'était reliée aux dimensions des soins émotionnels. Cependant, lors de l'analyse de variance de l'ensemble des soins émotionnels en fonction des caractéristiques professionnelles, des résultats significatifs ont été obtenus avec deux caractéristiques professionnelles, le statut d'emploi et la scolarité supplémentaire. L'analyse de variance des dimensions spécifiques des soins émotionnels en fonction du statut d'emploi a mis en évidence des différences significatives pour l'impact émotionnel, le soutien émotionnel et le niveau d'aisance ressenti. La priorité accordée aux soins est aussi très proche du seuil minimal de signification fixé à 0,05. Pour sa part, la scolarité supplémentaire permet d'observer une différence significative pour le soutien émotionnel. Dans cette analyse, la priorité accordée aux soins est à nouveau très près du seuil de signification statistique. La scolarité supplémentaire semble ainsi faire varier les perceptions des infirmières en regard d'au moins deux des dimensions des soins émotionnels. Ce résultat rejoint la pensée de Watson (1985) lorsqu'elle indique que les infirmières doivent avoir des connaissances approfondies sur le deuil afin de satisfaire les besoins des femmes vivant une fausse-couche.

Dans l'étude réalisée par Reed, en 1992, l'analyse de régression multiple a été utilisée pour déterminer si les caractéristiques professionnelles prises en compte, le type d'emploi et la scolarité, avaient un effet sur les cotes obtenues par les infirmières. Les résultats indiquent que le type d'emploi et la scolarité n'avaient pas d'influence sur les perceptions des soins émotionnels. Il est possible que les caractéristiques professionnelles n'ont pas été mesurées de la même façon dans les deux études, ce qui pourrait expliquer la différence dans les résultats obtenus. Les écrits de Reed ne donnent aucune information sur la classification des catégories de ces deux variables.

En somme, les résultats de l'étude indiquent que les infirmières soignant les femmes vivant une fausse-couche, dans le centre hospitalier où l'étude a été réalisée, sont bien disposées à répondre aux besoins de ces femmes. Cependant, il y a lieu de tenir compte que les réponses des infirmières ont été légèrement influencées par la désirabilité sociale. Il faut en conséquence, interpréter avec prudence les résultats obtenus.

6.3 Les implications des résultats pour l'intervention découlant du cadre théorique utilisé

Cette section fait principalement référence à deux observations réalisées à la suite des résultats obtenus auprès des infirmières ayant participé à l'étude en lien avec le cadre théorique utilisé. La première observation concerne le fait que malgré, que dans l'ensemble, les perceptions des infirmières soient plutôt

élevées, l'aspect relatif au niveau d'aisance ressenti avec les femmes vivant une fausse-couche est beaucoup plus faible que les autres dimensions spécifiques étudiées. C'est aussi pour cet aspect que s'observe la plus forte influence de la désirabilité sociale. En combinant ces deux observations, peut-on vraiment penser que les perceptions mesurées auprès des infirmières ayant participé à l'étude se traduisent effectivement dans les soins qu'elles dispensent aux femmes vivant une fausse-couche?

Le cadre théorique au chapitre III de ce mémoire indique que le soin infirmier qui sous-tend les soins émotionnels est une manifestation de la dimension du «caring» des soins. Le climat de «caring» favorise chez les femmes ayant vécu une fausse-couche, un sentiment de sécurité qui permet à la femme de vivre ses émotions, particulièrement celles rattachées à la perte de son enfant. Le climat de «caring» dans une approche de soins, dont l'une des conditions est l'authenticité interpersonnelle, conduit l'infirmière à soutenir la femme au cours de son expérience de fausse-couche. Comprendre et accompagner une femme vivant une fausse-couche exige une qualité de présence nécessitant un investissement personnel et un engagement auprès de la cliente. Le climat de «caring» réfère à une attitude comme le niveau d'aisance ressenti avec la clientèle dont on prend soin. Peut-on réellement créer un climat de «caring» et accompagner les femmes vivant une fausse-couche dans son processus de deuil quand on est plus ou moins à l'aise devant une telle situation?

Étant donné que dans cette étude, les infirmières ont obtenu le résultat le plus faible concernant la dimension du niveau d'aisance ressenti, des recom-

mandations sont proposées ci-dessous. Selon Watson (1985), l'infirmière doit posséder de bonnes connaissances en psychologie du deuil pour être en mesure de reconnaître chez chaque femme l'ampleur de la perte afin de planifier des interventions aidantes lors de cette expérience. Selon cette auteure quelle que soit la nature de la perte, celle-ci crée un sentiment d'abandon qui déstabilise. Toujours selon Watson, pour être un phare dans la nuit de ces personnes, l'infirmière doit utiliser son intuition, faire preuve de chaleur humaine et accepter l'expression des émotions. Toutes les infirmières sont à l'affût des signes d'hypertension, de température ou d'infection chez leurs clients, mais selon Watson, elles ont tout intérêt à être aussi à l'affût des symptômes psychologiques du deuil. De plus, d'après Rosen (1990), plus il se fera d'interventions liées au processus de deuil dans les milieux de soins, mieux les clients et leurs familles s'adapteront aux pertes subies.

Le centre hospitalier où a été effectuée la recherche est un milieu particulier du fait que cet établissement a une consultante en deuil périnatal, que cette personne donne de la formation aux infirmières et qu'il s'agit du seul hôpital, que nous connaissons, où un programme spécifique d'interventions lors du processus de deuil est appliqué. Ce qui nous porte à croire que les responsables des soins infirmiers dans les hôpitaux et dans les CLSC ont un rôle primordial à jouer en terme de soutien organisationnel et de formation du personnel afin que les infirmières puissent augmenter leur niveau d'aisance ressenti avec les femmes vivant une fausse-couche.

Les conditions actuelles du travail en milieu hospitalier, où il y a peu d'espace pour le temps, la stabilité et la continuité dans la relation soignant-soigné, rendent difficile l'expression du concept de «caring» dans la pratique quotidienne des soins infirmiers. L'absence de suivi avec le milieu communautaire révèle aussi la faiblesse de la pratique dans une approche de «caring». Intégrer à la démarche de soins infirmiers, le soutien lors d'une perte dans un climat de «caring», implique d'acquérir un état d'esprit, une disponibilité de coeur permettant à la femme de vivre son expérience. En effet, les interventions avec les femmes vivant une fausse-couche sont susceptibles d'humaniser les soins et de permettre à l'infirmière de contribuer tant à la guérison du coeur qu'à celle du corps et d'y puiser ce respect de soi qui alimente l'espoir en la vie (Plante, 1995). Les types d'interventions, proposés par Plante, visant à humaniser les soins infirmiers s'adressant aux femmes vivant une fausse-couche s'harmonisent bien avec le cadre théorique utilisé dans cette étude.

6.4 Les limites de l'étude

L'étude réalisée ici comportait deux types de limites : l'un se rapportant à la méthodologie et l'autre à la particularité du milieu. La première limite liée à la méthodologie a trait à la mise en situation présentée aux répondantes. La mise en situation décrite reflétait une situation particulière et pouvait être considérée par les infirmières comme sérieuse et triste en raison de ses conséquences éventuelles sur les possibilités de la femme de donner naissance à un enfant. Cette limite a pu introduire un biais et diminuer la validité interne de l'étude.

Étant donné que la situation présentée était des plus critiques, les infirmières ont possiblement été plus sensibles à ce cas clinique qu'elles auraient pu l'être devant une situation différente. Cette limite pourrait être dépassée dans une étude ultérieure, en présentant plus d'une situation et en variant les données des différentes caractéristiques : la grossesse planifiée ou non de la cliente, l'âge de la cliente, le nombre de semaines de gestation, le nombre de fausse(s)-couche(s) antérieure(s) et le fait d'avoir ou non des enfants. Cette façon de procéder serait importante si l'on voulait identifier les caractéristiques de la cliente pouvant influencer les perceptions des infirmières.

Une autre limite méthodologique de l'étude est liée au fait que les perceptions des infirmières ont été étudiées à partir d'une mise en situation. Les résultats obtenus auraient-ils été aussi positifs s'il avait été possible d'observer les infirmières en situation réelle de soins. Les résultats devraient donc être vérifiés sur le terrain, lors d'une prochaine étude, pour mieux cerner lors de la cueillette des données les comportements et les attitudes démontrés par les infirmières (gestes, paroles, langage para-verbal) avec les femmes vivant une fausse-couche.

Les infirmières responsables de l'ensemble des unités concernées avaient donné la permission aux infirmières de compléter les questionnaires sur les heures de travail. Bien que cette possibilité ait pu contribuer à augmenter le taux de participation, elle a peut-être favorisé les échanges entre les infirmières sur les

réponses à fournir et certaines répondantes ont pu se sentir pressées de compléter le questionnaire. Par contre, l'utilisation d'un questionnaire auto-administré, anonyme et confidentiel a certainement facilité l'acceptation des infirmières à le compléter. Par ailleurs, comme les infirmières responsables des unités s'occupaient de la distribution et du retour des questionnaires, ceci a pu contribuer à ce que les infirmières de l'unité projettent une image positive d'elles-mêmes. À l'unité de périnatalité, la responsabilité de la distribution et du retour des questionnaires revenait à la consultante en deuil périnatal, ce qui a pu contribuer à ce que les infirmières fournissent des réponses attendues plutôt que des réponses personnelles. Les infirmières de cette unité étaient celles qui ont participé en plus grand nombre (65 % des participantes), de sorte que leurs réponses ont eu un poids important dans la moyenne du groupe.

Un biais a pu aussi être introduit par la façon dont les participantes ont été recrutées. Les participantes à l'étude ont été recrutées sur une base volontaire par les infirmières responsables. Il est ainsi plausible de penser qu'un certain nombre de répondantes plus ouvertes ont collaboré plus facilement que les autres. De plus, les infirmières de l'urgence étant sous-représentées dans l'échantillon, le faible taux de participation des infirmières de cette unité ne permet pas de rendre applicable les résultats obtenus à l'ensemble des infirmières travaillant dans ce type d'unité, étant donné la situation particulière qui se vivait au moment de l'étude. Ce biais de sélection limite aussi la validité interne de l'étude.

Le taux de refus a été estimé à 43 % en tenant compte de l'ensemble de la population étudiée, et à 24 % si on exclut les infirmières de l'urgence. La proportion de refus assez élevée de la population à l'étude constitue un autre biais de sélection limitant la validité interne.

En ce qui concerne les particularités du milieu. La première est que la consultante en deuil périnatal faisait partie de l'équipe d'infirmières travaillant en périnatalité et donnait la formation aux infirmières. De ce fait, les réponses des participantes de cette unité ont pu être positivement exagérées en raison d'un sentiment d'appartenance. Par ailleurs, les réponses données par les infirmières de cette unité peuvent aussi être véritablement meilleures que celles des autres infirmières en raison de la présence continue et de l'influence de la consultante sur les soins donnés et requis à l'unité.

Enfin, une dernière limite de la recherche était que les infirmières de ce centre hospitalier avaient reçu une formation donnée par la consultante en deuil périnatal de l'établissement. Les participantes étaient plus sensibilisées à la problématique des femmes vivant une fausse-couche. Les différentes limites de l'étude et les particularités du milieu étudié conduisent à identifier un manque de validité interne et externe empêchant toute généralisation des résultats à d'autres milieux d'interventions.

CHAPITRE VII

LA CONCLUSION

En conclusion, l'étude avait pour objectifs de décrire les perceptions des infirmières en regard des soins émotionnels donnés aux femmes qui vivent une fausse-couche et de vérifier l'influence des caractéristiques personnelles et professionnelles sur leurs perceptions des soins émotionnels à fournir à une femme vivant une fausse-couche dans un climat de «caring».

Les résultats de l'étude indiquent que les infirmières ont obtenu une moyenne plutôt élevée concernant l'ensemble des dimensions des soins émotionnels à la femme vivant une fausse-couche à partir de la mise en situation présentée. La dimension du soutien émotionnel a obtenu la moyenne la plus élevée et celle du niveau d'aisance ressenti la moyenne la plus faible. La scolarité supplémentaire a permis d'établir une différence significative avec la dimension du soutien émotionnel. La caractéristique personnelle, l'auto-amélioration illusoire (AMI), se révèle significative en ce qui concerne la perception de l'impact émotionnel et du niveau d'aisance ressenti. Le niveau d'aisance ressenti est aussi associé aux caractéristiques personnelles, l'auto-amélioration illusoire (AMI), la désirabilité sociale globale et le nombre de fausse(s)-couche(s).

La richesse des informations contenues dans ce type de recherche permet de mieux comprendre la complexité et l'importance du «caring» dans tout soin

infirmier authentique et valable. Le cadre de référence utilisé ici intégrait la désirabilité sociale aux caractéristiques personnelles des répondantes. Puisque les résultats de l'étude suggèrent que la désirabilité sociale a une influence non négligeable dans ce genre d'étude, il apparaît important d'en recommander la prise en compte dans les études ultérieures dans ce domaine.

Les résultats de l'étude pourraient être vérifiés auprès d'autres populations d'infirmières, où il n'y a pas de consultante en deuil périnatal dans l'établissement. La population étudiée pourrait aussi être élargie et inclure les infirmières travaillant en C.L.S.C. Enfin, il pourrait être intéressant d'étudier le vécu des expériences de soins des femmes vivant une fausse-couche de façon qualitative et de le comparer au vécu des expériences de soins donnés par les infirmières. Cette comparaison pourrait permettre de mieux comprendre les perceptions des soignées et des soignantes.

BIBLIOGRAPHIE

- Aucoin-Gallant, G. (1990). La théorie du «caring» de Watson : une approche existentielle phénoménologique et spirituelle des soins infirmiers. *Infirmière Canadienne*, 86, 32-35.
- Beil, F.R. (1992). *Miscarriage : an examination of the influence of selected variables on grief*. Thèse de doctorat. University of Maryland College Park, Maryland.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of Caring, Stress and Coping in Health and Illness*. Don Mills. Ontario : Addison-Wesley.
- Borg, S. & Lasker J. (1981). When pregnancy fails : Families coping with miscarriage, stillbirth and infant death. *Birth*, Boston, Beacon Press.
- Bozzini, L., Tessier, R. (1985). Support social et santé dans le *Traité d'anthropologie médicale*. J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin Eds., Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.
- Brown, Y. (1992). The crisis of pregnancy loss : a team approach to support... *Birth*, 19, 2, 82-89.
- Brown, Y. (1993). Perinatal Loss : Framework for Practice. *Health Care for Women International*, 14, 469-479.
- Bryant, H.E. (1985). Miscarriage : How to help in the crisis. *Canadian Family Physician*, 31, 1109-1116.
- Callahan, E.J., Brasted, W.B. & Granados J.L. (1983). Fetal loss and sudden infant death : Grieving and adjustment for families. Life-span developmental psychology : Non normative life events. *Emergency Journal New York*, Academic Press, 145-166.
- Campbell, C. (1988). The impact of miscarriage on women and their families. *Nursing : The Journal of Clinical Practice Education and Management*, 3, 32, 11-14.
- Catlin, A.J. (1989). Early pregnancy loss:what you can do to help. *Nursing*, 19, 11, 43.

- Champagne, L., Rainville, O., Pomerleau, C., Jacques, J., Bélanger, B. & Lessard, G. (1993). Je vis une fausse-couche. *Comité multi-disciplinaire périnatal*, Beauce : Amiante-Étchemins.
- Collière, M.F. (1990). Vers un exercice infirmier reconnu. *L'infirmière Magazine*, 42, 33.
- Davis, H. & Fallowfield L. (1988). Counselling and Communication, *Health Care*, London.
- Day, R.D. & Hooks, D. (1987). Miscarriage : A special type of family crisis, *Family Relations*, 36, 305-310.
- De Montigny F., Beudet L. & Dumas, L. (1996). Répercussions de la mort d'un enfant sur la famille. *L'Infirmière Canadienne*, 92, 10, 39-42.
- De Montigny F. & Beudet L. (1997). *Lorsque la vie éclate*. Canada : Les Éditions du Renouveau Pédagogique inc.
- Estok, P. & Lehman A. (1983). Perinatal death : Grief support for families, *Birth*, 10, 17-25.
- Ewton, D.S. (1993). A perinatal loss follow-up to guide for primary care. *American Journal of Primary Health Care*, 18, 12, 30-32, 35-36.
- Fetus and Newborn Committee. (1983). Canadian Pediatric Society. Support for parents experiencing perinatal loss, *Canadian Medical Association Journal*, 129, 335-339.
- Forrest, G.C., Standish E. & Baum, J.D. (1982). Support after perinatal death : a study of support and counselling after perinatal bereavement, *Medical Practice*, 285, 1475-1479.
- Fréchette-Piperni, S. (1995). L'infirmière en périnatalité et en santé des femmes : un regard vers demain, *Colloque National de Canadian Obstétric, Gynecologic and Neonatal Nurses*, 5 et 6 mai 1995, Montréal.
- Friedman, R. & Cohen, K. (1980). The peer support group : A model for dealing with the emotional aspects of miscarriage, *Group*, 4, 42-48.

- Friedman, R. & Cohen, K. (1982). Emotional reactions to the miscarriage of a consciously desired pregnancy. Dans M.T. Notman et C.C. Nadelson (EDS), *The woman patient : Aggression, adaptations and psychotherapy* (p. 173-187). New York : Plenum Press.
- Friedman, R. & Gradstein, B. (1982). *Surviving pregnancy loss*. Boston : Little, Brown and Company.
- Helmrath, T. & Steinitz, E. (1978). Death of an infant : Parental Grieving and the Failure of Social Support. *The Journal of Family Practice*, 6, 4, 785-790.
- Herz, E. (1984). Psychological repercussions of pregnancy loss. *Psychiatric Annals*, 14, 454-457.
- Hutti, M. (1984). An examination of perinatal death literature : implications for nursing practice and research. *Health Care for Women International*, 5, 387-400.
- Hutti, M. (1988). Perinatal loss : Assisting parents to cope. *Journal Emergency Nursing*, 14, 6, 338-341.
- Ilse, S. & Blackburn C. (1988). Development of a comprehensive follow-up care plan after perinatal and neonatal loss. *Journal Perinatology Neonatal Nursing*, 2, 2, 23-33.
- Kérouac, S., P  pin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Laval :   ditions   tudes vivantes.
- Kowalski, KM. (1987). Perinatal loss and bereavement. Dans : Sonstegard et al., *Women's Health : Crisis and Illness in Childbearing*. Orlando, 25-43.
- Laurent, C. (1991). Miscarriage Marking the loss. *Nursing Times*, 87, 2, 26-27.
- Legrand, H. & Garel, H. (1990). *La grossesse perdue, Comment faire face à une fausse-couche spontan  e*. Paris :   ditions Ramsay.
- Lehman, D.R., Ellard, J.H. & Wortman, C.B. (1986). Social Support for the Bereaved : Recipients' and Providers' Perspectives on What is Helpful. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4, 438-446.

- Leininger, M.M. (1981). *In Caring : an Essential Human Need*. Thorofare. N.J. : Charles B. Slack.
- Lemmer, M. (1991). Parental Perceptions of Caring Following Perinatal Bereavement, *Western Journal of Nursing Research*, 13, 4, 475-493.
- Léon, I.G. (1986). Psychodynamics of perinatal loss. *Psychiatry*, 49, 312-324.
- Léon, I.G. (1987). Short-Term psychoterapy for perinatal loss. *Psychoterapy*, 24, 186-195.
- Leppert, P.C. & Pahlka, B.S. (1984). Grieving characteristics after spontaneous abortion : A management approach. *Obstetrics and Gynecology*, 64, 119-122.
- Lilford, R.J., Stratton, P., Godsil, S. & Prasad, A. (1994). A randomised trial of routine versus selective counselling in perinatal bereavement from congenital disease, *British Journal Obstetric Gynaecology*, 101, 4, 291-296.
- Lindberg, C.E. (1992). The grief response to mid-trimester fetalloss. *Journal Perinatology*, 12, 2 158-163.
- Lorenzen, J. & Holzgreve W. (1995). Helping parents to grieve afin second trimester termination of pregnancy for fetopathic reasons. *Fetal Diagnostic Therapy*, 10, 3, 147-156.
- Lowell, A. (1983). Women's reactions to late miscarriage, stillbirth and perinatal death. *Health-Visitor*, 56, 9, 325-327.
- Madden, M.E. (1986a). *The meaning of pregnancy loss : Attributions and assumptive changes following miscarriage*. Manuscrit inédit, Franklin : Pierce College.
- Madden, M.E. (1986b). *Psychological reactions to miscarriage: Emotions, attributions and coping strategies*. Rapport présenté au congrès annuel de l'American Psychological Association, Washington, D.C.
- Madden, M.E. (1986c). *The roles of emotional support and medical information following pregnancy loss*. Rapport présenté au World Congress of Victimology, Orlando, Florida.

- Madden, M.E. (1994). The variety of emotional reactions to miscarriage. *Women-Health, 21*, 85-104.
- Malone, B. & McElwain C. (1987). Role of the nurse during a pregnancy loss. Dans Woods et Exposito. *Pregnancy Loss : Medical Therapeutics and Practical Considerations*, (p 120-131). Cincinnati : William and Wilhères, Baltimore.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (1994). *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*. Service de la documentation.
- Morse, J.M., Solberg, S.M., Meander, W.L., Bottorff, J.L. & Johnson, J.L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science, 13*, 1, 1-14.
- Murray, J. & Callan, V.J. (1988). Predicting adjustment to perinatal death, *British Journal of Medical Psychology, 61*, 3, 237-244.
- Oakley, A. (1986). Miscarriage and its implications. *Midwife Health Visitor and Community Nurse, 22*, 123-126.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (1996). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*. Centre de documentation. Bibliothèque nationale du Québec.
- Paulhus, D.L. (1988). *Assessing self-deception and impression management in self-reports : The Balanced Inventory of Desirable Responding*. Department of Psychology. Vancouver Canada : University of British Columbia.
- Paulhus, D.L. (1991). Measurement and Control of Response Bias. Dans J. P. Robinson et al. (EDS), *Measures of Personality and Social Psychological attitudes*, 17-59. San Diego : Academic Press inc.
- Peppers, L.G. & Knapp, R.J. (1980a). *Motherhood and mourning : Perinatal death*. New-York : Praeger.
- Peppers, L.G. & Knapp, R.J. (1980b). Maternal reactions to involuntary fetal/infant death, *Psychiatry, 43*, 155-159.
- Plante, A. (1995). Les soins infirmiers liés au processus de deuil. *L'infirmière du Québec, 3*, 2, 26-34.

- Rando, T.A. (1984). *Grief, dying and death : Clinical interventions for caregivers*. Champaign : Research Press.
- Reed, K. (1990). Influence of age and Parity on the Emotional Care Given to Women Experiencing Miscarriages. *Journal of Nursing Scholarship*, 22, 2, 89-92.
- Reed, K. (1992). The effects of Gestational age and Pregnancy Planning Status on Obstetrical Nurses' Perceptions of Giving Emotional Care to Women Experiencing Miscarriage. *Journal of nursing Scholarship*, 24, 2, 107-110.
- Reinharz, S. (1988). What's missing in miscarriage. *Journal of Community Psychology*, 16, 84-103.
- Rosen, E. (1990). *Families Facing Death*. New-York : Lexington Books.
- Sabourin, S. & Coallier, J.C. (1991). The relationship Between Response Style and Reports of Career Indecision, *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 24, 69-79.
- Schreiner, R., Gresham, E. & Green, M. (1979). Physicians Responsibility to Parents after the Death of an Infant. *American Journal of Diseases of Childhood*, 133, 723-726.
- Seibel, M. & Graves, W.L. (1980). The psychological implications of spontaneous abortion. *Journal of Reproductive Medicine*, 25, 161-165.
- Sexton, PR. & Stephen, SB. (1991). Postpartum mothers' perceptions of nursing interventions for perinatal grief, *Neonatal-Network-Journal-of-Neonatal-Nursing*, 9, 5, 47-51.
- Speraw. S. (1991). *Couples' perceptions of each other's grieving following a miscarriage*. Thèse de doctorat, California School of Professional Psychology, Los Angeles.
- Stack, J.M. (1980). Spontaneous abortion and grieving. *American Family Physician*, 21, 99-102.
- Stack, J.M. (1984). The psychodynamics of spontaneous abortion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 162-167.

- Swanson-Kauffman, K. (1986). Caring in the Instance of Unexpected Early Pregnancy loss. *Topics in Clinical Nursing*, 8, 2, 37-46.
- Tadmor, CS. (1986). A crisis intervention model for a population of mothers who encounter neonatal death. *J Primary Prevention*, 7, 1, 17-26.
- Wall-Haas, C.L. (1985). Woman's perceptions of first trimester spontaneous abortion. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 14, 50-53.
- Watson, J. (1985). *Nursing : The philosophy ans Science of Caring*. Colorado : Associated University Press.
- Watson, J. (1988). *Nursing : Human Science and Human Care*. New York : National League for Nursing.
- Wetzel, S. (1982). Are we ignoring the needs of the woman with a spontaneous abortion, *American Journal of Maternal Child Nursing*, 7, 258-259.
- Witzel, P. & Chartier B. (1989). Les répercussions psychologiques non reconnues d'une fausse-couche. *Santé mentale au Canada*, 37, 1, 19-24.
- Worden, J.W. (1982). *Grief counseling and grief therapy : A handbook for the Mental Health Practitioner*. New-York : Springer Publishing Company.
- Zaccardi, R. Abbott, J. & Koziol-McLain, J. (1993). Loss and grief reactions after spontaneous miscarriage in the emergency department. *Annal Emergency Medecine*, 22, 5, 799-804.

ANNEXE 1



**CENTRE HOSPITALIER
PIERRE-BOUCHER**

1333, boulevard Jacques-Cartier Est
Longueuil (Québec) J4M 2A5
(514) 468-8111

Longueuil, le 21 février 1997



Madame Marie Lacombe
21, Desjardins
Rivière-du-Loup, (Québec)
G5R 1M8

Madame,

Nous acceptons avec plaisir de vous recevoir dans notre établissement afin de vous permettre de réaliser votre projet de recherche.

Nous vous invitons à communiquer avec madame Jocelyne Mailhot, chef de service de périnatalité au numéro suivant: (514) 468-8111, poste 2381 pour convenir des modalités de fonctionnement.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Nicole Bédard
Nicole Bédard
*Directrice des soins infirmiers
et des services d'hôtellerie*

LAURÉAT
du Prix
d'excellence
Persillier -
Lachapelle

NB/dr

c.c. Madame Jocelyne Mailhot, chef de service de natalité



ANNEXE 2

**ÉTUDE SUR LES PERCEPTIONS DES INFIRMIÈRES
ENVERS LA SITUATION DES FEMMES QUI VIVENT UNE FAUSSE-COUCHE**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Cette étude vise à décrire les perceptions des infirmières envers la situation des femmes qui vivent une fausse-couche. Votre participation à cette étude est très précieuse puisqu'elle permettra d'obtenir de l'information concernant les soins émotionnels donnés par les infirmières à cette clientèle. Les connaissances générées par cette recherche devraient favoriser une meilleure compréhension de l'expérience vécue par les femmes vivant une fausse-couche.

Il va sans dire que vous êtes tout à fait libre de participer à cette étude et que vous pouvez vous en retirer en tout temps, sans aucun préjudice. Si vous acceptez de participer, vous aurez à répondre à un questionnaire anonyme comportant trois sections. La participation à cette étude exige environ 30 minutes. Après avoir complété le questionnaire, veuillez le remettre à Suzie Fréchette sous enveloppe scellée. Les informations recueillies seront traitées de façon strictement confidentielles et anonymes. La participation à cette étude ne comporte aucun risque particulier. Il se peut toutefois que le fait de répondre aux questionnaires vous fasse prendre conscience de certains besoins des femmes vivant une fausse-couche.

Si vous consentez à participer à cette étude, veuillez, s'il vous plaît, compléter la section de la page suivante.

Merci de votre attention!



Marie Lacombre
étudiante à la maîtrise en Sciences infirmières
École des Sciences infirmières, Université Laval
dirigée par Louise Pelletier, professeure agrégée

**ÉTUDE SUR LES PERCEPTIONS DES INFIRMIÈRES
ENVERS LA SITUATION DES FEMMES QUI VIVENT UNE FAUSSE-COUCHE**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je reconnais avoir pris connaissance des objectifs de cette étude et avoir reçu toutes les informations que je désirais. J'accepte de participer à cette étude.

Participant(e) : _____

Unité : _____

Signé à : _____, le _____ 19__

Veillez remettre cette formule complétée à Mme Suzie Fréchette en périnatalité.

Merci de votre généreuse collaboration.

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE

SECTION 1

Pour répondre aux questions, veuillez vous placer en situation clinique suivante en ayant en tête une journée normale de travail sur l'unité. Vos réponses aux questions devront refléter ce que vous répondriez si vous vous étiez responsable de donner des soins à cette cliente. Il n'y a pas une réponse meilleure que l'autre. Lire chaque question soigneusement et **encercler le nombre qui décrit le mieux comment vous répondriez à cette patiente dans cette situation précise.**

Une de vos patientes aujourd'hui est Josée Laforest. Mme Laforest est mariée et âgée de 33 ans. Elle vit actuellement une fausse-couche, sa grossesse est de 10 semaines de gestation. La condition physique de Mme Laforest est stable et elle va avoir un curetage en après-midi. Son histoire vous informe que Mme Laforest en est à sa troisième grossesse. Elle n'a pas d'enfant vivant. En parlant avec Mme Laforest, elle vous dit que sa grossesse était planifiée.

Sur une échelle de 1 à 7, où le chiffre 1 est la cote la plus basse et 7 est la cote la plus élevée, encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre réponse aux questions suivantes :

1. **D'après vous, à quel degré la fausse-couche affectera-t-elle la façon de vivre de Mme Laforest dans les semaines suivantes?**

1	2	3	4	5	6	7
Non affectée					Très affectée	

2. **Comment évaluez-vous la détresse émotionnelle que Mme Laforest vivra suite à son expérience de fausse-couche?**

1	2	3	4	5	6	7
Aucune détresse					Beaucoup de détresse	

QUESTIONNAIRE

SECTION 2

**SERVEZ-VOUS DE CETTE ÉCHELLE DE VALEURS ET INSCRIVEZ
UN CHIFFRE À CÔTÉ DE CHAQUE ÉNONCÉ POUR INDICHER
À QUEL POINT VOUS ÊTES D'ACCORD**

+	+	+	+	+	+	+
1	2	3	4	5	6	7
Faux			Un peu vrai			Totalemt vrai

1. En général, la première impression que me laisse les gens s'avère juste. _____
2. Il me serait difficile de me défaire de n'importe laquelle de mes mauvaises habitudes. _____
3. Il m'importe peu de savoir ce que les gens pensent vraiment de moi. _____
4. Je n'ai pas toujours été honnête envers moi-même. _____
5. Je sais toujours pourquoi j'aime quelque chose. _____
6. Lorsque mes émotions sont sollicitées, mon jugement est affecté. _____
7. Une fois que je suis décidé(e), on peut rarement me faire changer d'opinion. _____
8. Au volant, je deviens dangereux lorsque j'excède la limite de vitesse. _____
9. Je suis maître(sse) de mon destin. _____
10. Il m'est difficile de faire abstraction d'une pensée qui me trouble. _____
11. Je ne regrette jamais mes décisions. _____
12. Je perds parfois de bonnes occasions parce que je prends trop de temps à me décider. _____
13. Je vote parce que mon vote peut faire la différence. _____
14. Mes parents n'étaient pas toujours justes lorsqu'ils me punissaient. _____
15. Je suis une personne complètement rationnelle. _____
16. J'accepte rarement les critiques. _____
17. J'ai énormément confiance en mon jugement. _____
18. J'ai parfois douté de mes capacités en tant qu'amant(e). _____

+	+	+	+	+	+	+	
1	2	3	4	5	6	7	
Faux			Un peu vrai		Totalelement vrai		

19. Ça me laisse indifférent(e) que certaines personnes ne m'aient pas. _____
20. Je ne comprends pas toujours les raisons qui me poussent à faire les choses que je fais. _____
21. Parfois, je mens, s'il le faut. _____
22. Je ne cherche jamais à dissimuler les erreurs que j'ai commises. _____
23. Il m'est arrivé(e) de profiter de quelqu'un. _____
24. Je ne jure jamais. _____
25. J'essaie parfois de me venger plutôt que de pardonner et d'oublier. _____
26. J'obéis toujours aux lois, même s'il est peu probable que je me fasse prendre. _____
27. J'ai parlé en mal d'un(e) ami(e) dans son dos. _____
28. Lorsque je surprends une conversation privée, j'évite d'écouter. _____
29. Un(e) caissier(ère) m'a remis trop de monnaie et je ne lui ai pas mentionné. _____
30. Je déclare toujours tout aux douanes. _____
31. Il m'arrivait parfois de voler quand j'étais jeune. _____
32. Je n'ai jamais jeté de déchets dans la rue. _____
33. Lorsque je conduis, je dépasse parfois la limite de vitesse. _____
34. Je ne lis jamais des livres ou des revues érotiques. _____
35. J'ai fait des choses dont je ne parle pas aux autres. _____
36. Je n'utilise jamais des choses qui ne m'appartiennent pas. _____
37. J'ai pris des congés de maladie au travail ou à l'école, même si je n'étais pas vraiment malade. _____
38. Je n'ai jamais endommagé un livre de bibliothèque ou des articles de magasin sans le signaler à un responsable. _____
39. J'ai quelques très mauvaises habitudes. _____
40. Je ne fais pas de commérage au sujet des affaires des autres. _____

QUESTIONNAIRE

SECTION 3

(Il est très important que vous répondiez à toutes les questions)

1. Combien d'années d'expérience de pratique avez-vous à titre d'infirmière?

Nombre d'années : _____

2. Quels sont les niveaux de scolarité complétés et relatifs à la profession?

a) Quelle est votre formation de base en soins infirmiers?

diplôme traditionnel (hôpital)

diplôme d'études collégiales en soins infirmiers

b) Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété en soins infirmiers?

baccalauréat en Sciences infirmières

baccalauréat général

certificat de 1^{er} cycle universitaire

diplôme de 2^e cycle universitaire

maîtrise

autre : _____

3. Dans lequel de ces champs d'activité travaillez-vous actuellement?

périnatalité

urgence

bloc opératoire

court séjour-gynéco

4. Quel est votre statut d'emploi sur l'unité concernée?

Temps complet

Temps partiel

Temps partiel occasionnel

5. Avez-vous déjà soigné des femmes qui ont vécu une fausse-couche?

oui non

6. Avez-vous déjà vécu l'expérience d'une fausse-couche?

oui non

Si oui :

1 fausse-couche

2 fausses-couches

3 fausses-couches

4 fausses-couches et plus

7. Avez-vous déjà expérimenté d'autres deuils, si oui, indiquez le lien vous unissant avec la personne décédée?

oui non

Si oui :

enfant

mère

père

autres : _____

8. Quel est votre sexe?

féminin

masculin

9. Quel est votre statut civil?

célibataire

mariée

conjointe de fait

divorcée /séparée

veuve

10. Votre groupe d'âge est :

moins de 20 ans

20-29 ans

30-39 ans

40-49 ans

50-59 ans

plus de 60 ans

11. Avez-vous des enfants?

oui non

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!

ANNEXE 4

GRILLE D'ÉVALUATION DE LA DÉSIRABILITÉ SOCIALE

BIRD, VERSION 6—FORME 40

Paulhus, 1988. (traduit et adapté par Stéphane Sabourin et Yvan Lussier, 1991)

Auto-amélioration illusoire (AMI)

Inverser les résultats obtenus: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20.

Habilité à contrôler les impressions (HCI)

Inverser les résultats obtenus: 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33, 35, 37, 39.

Résultat absolu

Inverser les résultats obtenus plus haut pour l'évaluation Likert et additionner les valeurs des 20 énoncés de chaque série (minimum = 20, maximum = 140).

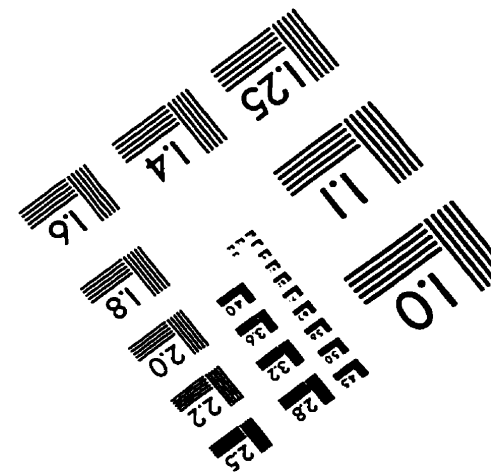
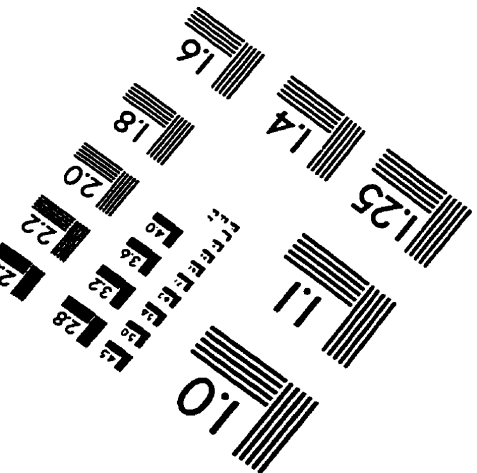
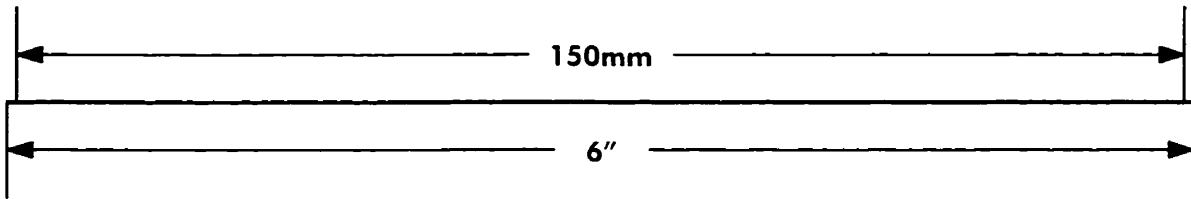
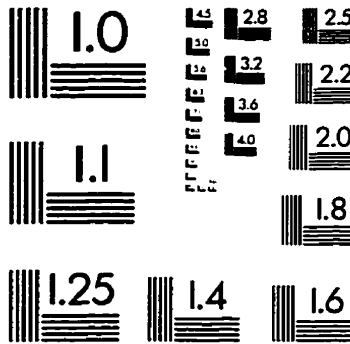
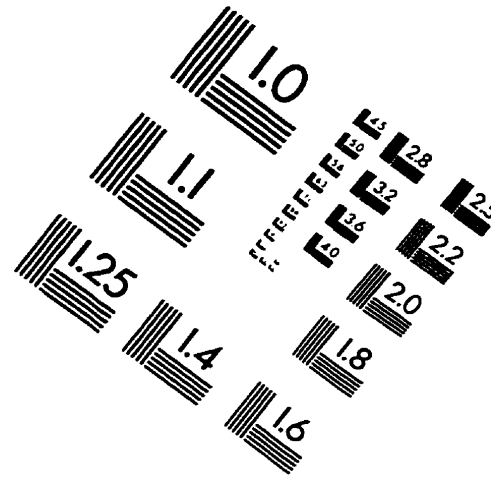
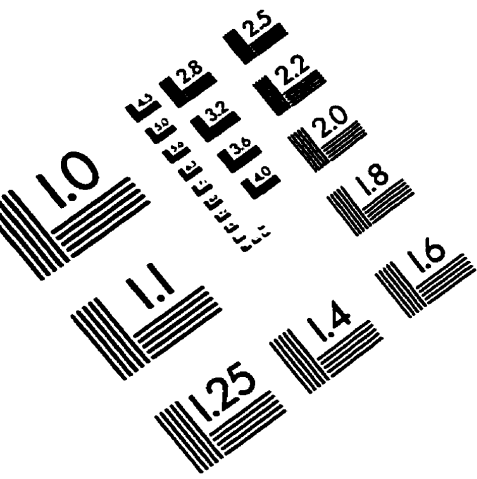
Résultat dichotomique

Inverser les résultats obtenus plus haut pour l'évaluation Likert. Ajouter un point pour chaque "6" ou "7" qui apparaît. (minimum = 0, maximum = 20)

NORMES: (échantillonnage de 433 étudiants en introduction à la psychologie à UBC)

	Hommes (182)	Femmes (251)
• Résultats absolus:		
AMI	81,0 (10,2)	78,8 (10,5)
HCI	66,7 (15,6)	71,6 (16,8)
Désirabilité sociale	147,7	150,4
• Résultats dichotomiques:		
AMI	7,5 (3,2)	6,8 (3,1)
HCI	4,3 (3,1)	4,9 (3,2)

IMAGE EVALUATION TEST TARGET (QA-3)



APPLIED IMAGE, Inc
1653 East Main Street
Rochester, NY 14609 USA
Phone: 716/482-0300
Fax: 716/288-5989

© 1993, Applied Image, Inc., All Rights Reserved