



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

**FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES
ET POSTDOCTORALES**



**FACULTY OF GRADUATE AND
POSTDOCTORAL STUDIES**

Fanie Normand

AUTEUR DE LA THÈSE / AUTHOR OF THESIS

M.Sc. (Sciences infirmières)

GRADE / DEGREE

École de sciences infirmières

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT / FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

**Jeunes femmes, infections transmises sexuellement (ITS) et stigmatisation:
vers une compréhension féministe**

TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS

Dave Holmes

DIRECTEUR (DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS SUPERVISOR

CO-DIRECTEUR (CO-DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS CO-SUPERVISOR

EXAMINATEURS (EXAMINATRICES) DE LA THÈSE / THESIS EXAMINERS

Jocelyne Tourigny

Meryn Stuart

Gary W. Slater

Le Doyen de la Faculté des études supérieures et postdoctorales / Dean of the Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

**JEUNES FEMMES, INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT (ITS) ET
STIGMATISATION :
VERS UNE COMPRÉHENSION FÉMINISTE**

Fanie Normand

Thèse soumise à la
Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales
dans le cadre des exigences
du programme de maîtrise en sciences infirmières

École des Sciences Infirmières
Faculté des Sciences de la Santé
Université d'Ottawa

© Fanie Normand, Ottawa, Canada, 2008



Library and
Archives Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

ISBN: 978-0-494-50909-8

Our file Notre référence

ISBN: 978-0-494-50909-8

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

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

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

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

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

REMERCIEMENTS

D'abord, je tiens à remercier mon directeur de thèse, le docteur Dave Holmes, pour avoir accepté de m'accompagner dans mon cheminement académique à la maîtrise en sciences infirmières. Les connaissances empiriques, théoriques et éthiques, de même que l'expérience clinique de Dave Holmes ont définitivement influencées la qualité de ma thèse. J'aimerais également remercier les docteurs Meryn Stewart et Denise Moreau d'avoir accepté de commenter ma thèse. De plus, j'aimerais aussi manifester ma gratitude à Patrick O'Byrne, étudiant au doctorat en sciences infirmières, pour avoir partagé avec moi ses connaissances académiques et informatiques.

Un merci spécial à tous les infirmiers et infirmières qui ont participé à la recherche. Vos expériences personnelles et professionnelles ont été très enrichissantes. Grâce à votre contribution, j'ai été en mesure de formuler des recommandations réalistes dans le but d'améliorer la pratique infirmière auprès des clientes adolescentes consultant les services de soins de santé pour des tests de dépistage d'ITS.

Enfin, je dois remercier mon conjoint pour son support inconditionnel à travers ce processus exigeant. Je remercie également les membres de ma famille et mes collègues de travail pour leurs témoignages d'encouragement sur une base quotidienne.

RÉSUMÉ

Les infirmières qui travaillent avec des personnes atteintes de problématiques sexuelles, et plus particulièrement d'une ITS, sont souvent affligées d'un sentiment de malaise, manifestent de la désapprobation morale ou tout simplement démontrent un manque de sensibilité envers la situation de leurs clients, ce qui décourage plusieurs de ces derniers dans leur quête d'aide ou d'information (Kingham, 2001). La gêne, la honte, la peur du discours moralisateur ou le manque de discrétion de la part du professionnel infirmier expliquent souvent l'hésitation des personnes atteintes d'une ITS à consulter les services de soins appropriés (Germain et Langis, 1990; Holmes et O'Byrne, 2006). Bref, les infirmières jouent un rôle important dans la santé sexuelle de la personne et doivent être en mesure de prodiguer des soins adéquats et exempts de jugements moralisateurs. L'objectif de cette recherche est d'étudier le processus interactionnel, soit la nature de l'interaction, entre l'infirmière et la cliente consultant des services de santé sexuelle pour des tests de dépistage (ITS), et ce, lors de la rencontre initiale, c'est-à-dire à l'étape de la collecte de données. Plus précisément, la présente recherche cherche à comprendre comment les infirmières, exerçant en clinique de santé sexuelle, construisent l'identité de jeunes filles adolescentes qui consultent pour des tests de dépistage d'infections transmises sexuellement. Compte tenu de l'état des connaissances actuelles et de la question de recherche, la théorisation ancrée a été privilégiée pour orienter notre recherche au plan méthodologique alors que les travaux de Goffman (1998) ont été consultés pour assurer la sensibilité théorique de la chercheuse. Les résultats de la présente étude, obtenus par l'entremise d'entrevues semi-structurées, sont très intéressants. La plupart des informants croient que le questionnaire est inapproprié pour amasser des données sur la santé sexuelle des clients et, tout particulièrement des clientes adolescentes, car les questions posées sont personnelles, intimes, privées et invasives, pour d'autres informants le questionnaire est complètement inutile ; le questionnaire entrave le dialogue entre le client et l'infirmière ; le questionnaire entrave l'établissement et le développement d'une relation thérapeutique entre le client et l'infirmière ; le questionnaire décourage les clients à consulter des services de santé sexuelle offerts. De même, les informants attestent que les questions posées lors de la collecte des données suscitent des sentiments négatifs chez le client, sauf que la plupart d'entre eux reconnaissent également l'infirmière comme étant un outil de stigmatisation.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
RÉSUMÉ.....	iii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRES	
1 PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	3
1.1 But de la recherche.....	10
1.2 Questions de recherche.....	10
1.3 Position épistémologique.....	10
1.4 Perspective féministe.....	12
2 RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE THÉORIQUE.....	14
2.1 La construction sociale de la féminité et de la sexualité féminine.....	14
2.2 La stigmatisation et les ITS.....	17
2.3 La construction sociale et la stigmatisation en lien avec les ITS.....	21
2.4 Les ITS et les services de santé.....	22
3 CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES	26
3.1 Devis de recherche.....	26
3.2 Recrutement des participant(e)s.....	28
3.3 Échantillon.....	28
3.4 Collecte des données.....	29
3.5 Analyse des données.....	30
3.6 Considérations éthiques.....	33
4 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	35
4.1 Les outils du dispositif de santé publique.....	40
4.1.1 Le suivi des cas et la notification des partenaires.....	40
4.1.2 Le questionnaire.....	41
4.1.3 L'infirmière.....	51

4.2 Les facteurs contributifs à la stigmatisation.....	53
4.2.1 Les connaissances de l'infirmière.....	53
4.2.2 Les valeurs personnelles de l'infirmière.....	54
4.2.3 Les valeurs professionnelles de l'infirmière.....	57
4.2.4 Les caractéristiques de la cliente adolescente.....	60
4.2.5 La nature de la maladie.....	63
4.3 La construction de l'identité de la cliente adolescente.....	65
4.3.1 Les différences genrées en matière de santé sexuell.....	65
4.3.2 La vulnérabilité de la population adolescente féminine.....	66
4.3.3 L'approche infirmière.....	67
5 DISCUSSION	72
5.1 Limites de l'étude.....	84
5.2 Implications des résultats pour la recherche et la pratique.....	85
5.3 Recommandations.....	86
CONCLUSION	88
RÉFÉRENCES	90
APPENDICES.....	94
A Affiches.....	95
B Guide d'entrevue.....	98
C Formulaires de consentement.....	101
D Attestation d'approbation d'éthique.....	106
E Questionnaire.....	109

INTRODUCTION

Un problème de recherche est une situation qui nécessite des interrogations, un malaise ou une irritation et requiert une explication ou du moins une meilleure compréhension (Fortin, 2006). La recherche permet de générer des connaissances scientifiques dans le but de combler l'écart entre la situation jugée insatisfaisante et la situation désirable. Mais, comment choisir un problème de recherche intéressant ? Selon Fortin (2006), il existe plusieurs sources qui peuvent stimuler un intérêt pour la recherche et aider à l'identification d'un problème de recherche dont les milieux cliniques, les observations, les travaux publiés, les enjeux sociaux, les conférences portant sur des résultats de recherche, les théories et les modèles conceptuels ou les priorités fixées par des groupes scientifiques et professionnels. Fortin précise également que la majorité des chercheurs puisent dans plus d'une source pour être en mesure d'identifier un problème de recherche. Dans le cadre de cette recherche, la pratique clinique et la recension des écrits m'ont aidé à identifier la problématique de recherche. Toutefois, le facteur le plus influent a été, sans contredit, mon expérience personnelle et professionnelle.

En effet, étant infirmière en santé publique et, plus spécifiquement dans une clinique de santé sexuelle, je réalise quotidiennement le besoin d'adapter les soins infirmiers prodigués aux jeunes adolescentes consultant pour des tests de dépistage des infections transmises sexuellement (ITS) afin de mieux répondre à leurs besoins. Durant la dernière année, mon expérience de travail m'a fait réaliser que les taux d'ITS atteignent des sommets sans précédent et ce, surtout chez les jeunes adolescentes. Les statistiques présentées dans le Rapport de surveillance canadien 2004 (Agence de santé publique du Canada, 2006a) sur les infections transmises sexuellement ont éveillé en moi un processus de réflexion et de questionnement important. J'ai réalisé que les services actuels offerts ne répondent pas aux besoins particuliers des adolescentes en matière de santé sexuelle. J'ai également réalisé que la collecte de données initiale effectuée par le personnel infirmier n'est pas l'approche idéale pour amasser de l'information pertinente avec une population souvent inconfortable avec le sujet de la sexualité. La population adolescente féminine a

des besoins précis en matière de santé sexuelle et nécessite des soins infirmiers individualisés. Cette recherche vise donc le but très large de contribuer au corps de connaissances dans le domaine de la santé publique et, plus particulièrement en regard des services offerts par le personnel infirmier aux adolescentes qui consultent pour des tests de dépistage d'ITS.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

L'Agence de santé publique du Canada (2007) et le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies infectieuses des Etats-Unis (CDC) (2004) affirment que les cas de chlamydia, de gonorrhée, de syphilis et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), soit les quatre ITS nécessitant une déclaration obligatoire au niveau national, augmentent sans cesse dans toutes les populations et ce, depuis 1997.

La chlamydia est l'ITS la plus répandue au Canada. Près de 63 000 cas de chlamydia ont été déclarés en 2004, soit une augmentation nette de plus de 70% depuis 1997; le nombre de cas passant de 113,9 à 197,1 par 100 000 habitants en 2004 (Agence de santé publique du Canada, 2006a). La gonorrhée se situe au deuxième rang des ITS les plus communes. Entre 1997 à 2004, le nombre de cas de gonorrhée a presque doublé, passant de 14,9 à 28,9 cas par 100 000 habitants (Agence de santé publique du Canada, 2006a). Les femmes, les adolescents et les jeunes adultes âgés entre 15 et 24 ans sont touchés de façon disproportionnée par la chlamydia et la gonorrhée (Agence de santé publique du Canada, 2006a). Depuis 1996, le taux de syphilis augmente de façon constante et, en 2004, le taux national de syphilis infectieuse étant neuf fois plus élevé qu'en 1997; les cas passant de 0.4 par 100 000 habitants en 1997 à 3.5 cas par 100 000 habitants en 2004 (Agence de santé publique du Canada, 2006a).

Au Canada, un plus grand nombre de Canadiens vivent avec l'infection au VIH. À la fin de l'an 2005, environ 58 000 personnes étaient infectées comparativement à 50 000 personnes infectées en 2002. Environ 2 300 à 4 500 nouvelles infections au VIH sont survenues en 2005, comparativement à 2 100 à 4 000 en 2002 (Agence de santé publique du Canada, 2006b). La hausse des ITS représente un problème de santé publique majeur au Canada et pose une menace à la fois individuelle et collective. Les ITS, quelles soient bactériennes ou virales, affectent la santé en général, le bien-être et la capacité reproductrice des personnes atteintes. L'augmentation des cas entraîne également un risque accru de transmission horizontale (transmission de maladies infectieuses et de

microbes d'une personne à l'autre dans la même génération) et verticale (la transmission de maladies infectieuses ou de microbes d'une génération à l'autre (in utero ou intrapartum)). Ce problème comporte donc un risque important pour la santé globale de la population, mais surtout pour la population adolescente féminine.

Les préoccupations sur la santé sexuelle et reproductive des adolescentes sont également croissantes depuis les dernières années au Canada. L'une des problématiques la plus importante est, sans aucun doute, l'augmentation des ITS chez les adolescentes. Tel que mentionné précédemment, les femmes, les adolescents et les jeunes adultes âgés entre 15 et 24 ans semblent être plus à risque de contracter une ITS, sauf que la population la plus à risque est, sans contredit, les adolescentes et les jeunes femmes âgées entre 15 et 24 ans. La chlamydia et la gonorrhée sont les ITS les plus communes et les plus répandues au Canada, et ce, surtout chez les adolescentes et les jeunes femmes. Selon l'Agence de santé publique du Canada (2006a), environ 63 000 personnes sont atteintes de la chlamydia et les femmes constituent plus de deux tiers des cas dans le pays. En ce qui concerne la gonorrhée, les femmes âgées entre 15 et 24 ans représentent 70% des cas déclarés en 2004 (Agence de santé publique du Canada, 2006a). La syphilis, souvent considérée comme une ITS affectant exclusivement la population des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSDH), pose également une menace pour la population féminine. La syphilis se transmet lors de relations sexuelles (orales, génitales ou anales) avec une personne infectée. Par conséquent, toute personne ayant plus d'un partenaire sexuel (hétérosexuel ou homosexuel) est à risque de contracter la syphilis. Les cas de syphilis sont répartis plus également parmi les différents groupes d'âge, dont 48% des cas déclarés sont des femmes âgées entre 20 et 29 ans et 43% des cas sont des femmes âgées entre 30 à 59 ans (Agence de santé publique du Canada, 2006a). À la fin de l'an 2005, entre 10 000 à 13 500 femmes vivaient avec l'infection au VIH, y compris le SIDA au Canada, soit une augmentation nette de 23% par rapport à l'an 2002. Les femmes infectées avec le VIH représentent 20 % des personnes atteintes au Canada. De plus, 27% de toutes les nouvelles infections en 2005 sont dans la population féminine et il semble que

les femmes hétérosexuelles constituaient la catégorie la plus à risque (Agence de santé publique du Canada, 2006b).

Les statistiques fournies dans le Rapport de surveillance canadien 2004 sur les ITS (Agence de santé publique du Canada, 2006a) et le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies infectieuses des Etats-Unis (2005a) montrent bien que les adolescentes et les jeunes femmes âgées entre 15 et 24 ans sont affectées de façon disproportionnée par les ITS et subissent les conséquences sur le plan physiologique, psychologique et social.

Les ITS peuvent entraîner des répercussions physiologiques néfastes sur la santé physique de la personne atteinte et ce, surtout chez la femme. Selon le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies infectieuses des Etats-Unis (CDC) (2005b), les femmes subissent de façon disproportionnée les conséquences physiques à long terme des ITS et cela, surtout lorsque les femmes tardent à consulter les services de santé appropriés. Les femmes atteintes de la chlamydia ou de la gonorrhée peuvent souffrir d'une atteinte inflammatoire pelvienne, soit une inflammation de l'utérus, des trompes de Fallope, des ovaires et/ou des tissus avoisinants, ce qui peut entraîner, par la suite, des anomalies du système reproducteur féminin dont des grossesses ectopiques ou tubaires et de l'infertilité (CDC, 2005b). Les ITS peuvent également causer une salpingite, c'est-à-dire une inflammation des trompes de Fallope, un cancer du col utérin ou une grossesse à risque dans le futur (Temmerman, 1994). Enfin, les femmes atteintes d'une ITS peuvent également transmettre l'infection au nouveau-né lors de l'accouchement vaginal. Par conséquent, le nouveau-né risque de souffrir de cécité, d'infection articulaire, d'infection sanguine ou d'infection respiratoire qui peuvent s'avérer mortelles (Centre pour le contrôle et la prévention des maladies infectieuses des Etats-Unis, 2005b ; Agence de la santé publique du Canada, 2004).

La personne atteinte d'une ITS peut également souffrir de conséquences psychologiques diverses : « l'aspect psychologique de ces maladies peut même dominer l'aspect physique, lorsque les individus tardent à consulter pour un sentiment de gêne, de malaise ou de culpabilité » (Kilby, 1987, p. 98). Selon Germain et Langis (1990), plusieurs

personnes, notamment les femmes, perçoivent l'ITS acquise comme une punition directe à leurs pratiques sexuelles. Certaines vivent des inhibitions sexuelles, où le désir d'entreprendre des actes sexuels est refoulé pour prévenir la récurrence et l'apparition d'une telle condition. D'autres sont atteintes de troubles sexuels importants dont le vaginisme. L'anxiété face à la propreté génitale devient également une obsession pour quelque unes. De plus, le stigmate en relation avec les ITS occasionne un fardeau psychologique et émotionnel pour les personnes atteintes (Germain & Langis, 1990) et ce, surtout chez les femmes.

La personne atteinte d'une ITS subit des répercussions sur le plan social. De manière générale, l'ampleur et la sévérité des répercussions sociales varient selon la nature de la faute et le genre du contrevenant (Fei-ling Go, Minh Quan, Chung, Zenilman, Thi Minh Hanh & Celentano, 2002). De ce fait, les femmes sont passibles de souffrir des répercussions sociales étant donné les stéréotypes associés à la sexualité féminine. Les comportements sexuels des femmes influencent donc leur réputation sociale, souvent de manière négative et hostile. Les femmes ayant une ITS sont perçues comme « sales » et sont plus susceptibles d'être stigmatisées (Fei-ling Go & al., 2002).

Plusieurs facteurs, directs ou indirects, causent, influencent et maintiennent le problème menaçant des ITS. Une plus grande liberté sexuelle, le changement dans les rôles féminins comme par exemple un plus grand nombre de femmes œuvrant sur le marché du travail, une diminution du contrôle social par les institutions religieuses et culturelles et l'importance accrue accordée à la sexualité dans les médias sont tous des facteurs qui encouragent l'exploration hâtive de la sexualité, et tout particulièrement la pratique de comportements sexuels à risque (Dirksen, 2004). Un autre facteur responsable de l'augmentation de l'incidence des ITS est, sans aucun doute, l'utilisation populaire des contraceptifs oraux qui entraîne une diminution de l'utilisation du condom et une diminution des craintes de grossesses non intentionnelles (Dirksen, 2004). Aussi, la sur-utilisation et la résistance aux antibiotiques contre les agents pathogènes contribuent inévitablement à l'augmentation des ITS (Dirksen, 2004). Quoique les facteurs causals exposés par Dirksen

(2004) soient intéressants, la présente recherche s'intéresse plutôt à la construction sociale de la féminité et de la sexualité féminine et les différences « genrées » en matière de santé sexuelle, la stigmatisation en lien avec les ITS et l'apport du personnel infirmier à la stigmatisation des personnes consultant pour des tests de dépistage des ITS comme facteurs contributifs à la stigmatisation.

La construction sociale de la féminité et de la sexualité féminine, sont des facteurs déterminants de la problématique des ITS et de la stigmatisation sous-jacente chez les adolescentes. La construction sociale de la féminité et de la sexualité féminine représentent l'état des faits résultant d'une combinaison de discours qui donne forme à la réalité, une réalité qu'on dit « construite » parce qu'elle n'est pas « naturelle », mais plutôt créée. La sexualité est un domaine de constructions sociales qui témoigne bien des inégalités de genre (Fournier, 2005; Teixido, 2005). Encore de nos jours, la société perpétue certains biais patriarcaux en ce qui concerne la sexualité, notamment les stéréotypes à l'endroit des femmes actives sexuellement (Fei-ling Go & al., 2002; Shefer, Strebel, Wilson, Shabalala, Simbayi, Ratele, Potgieter & Andipatin, 2002).

Le deuxième facteur renvoie au stigmate en lien avec les ITS. Malgré une ouverture apparente sur la sexualité en général, tout ce qui touche la vie sexuelle privée, y compris la santé sexuelle, demeure encore tabou (Germain & Langis, 1990). Ce tabou, celui de la sexualité, à caractère social et moral est omniprésent, tout particulièrement, dans le cas des ITS. La réalisation croissante, que plusieurs facteurs non-médicaux d'ordre psychologique, dont la stigmatisation, contribuent à l'accroissement des taux d'ITS et influencent la décision d'obtenir des services de soins de santé (Barth, Cook, Downs, Switzer, & Fischhoff, 2002 ; Cunningham, Tschann, Gurvey, Fortenberry & Ellen, 2002; Fortenberry, McFarlane, Bleakley, Bull, Fishbein, Grimley, Malotte & Stoner, 2002), représente une étape importante pour le domaine de la santé publique et, tout particulièrement pour la profession infirmière.

La terminologie reconnue pour décrire les maladies à caractère sexuel ou, plus précisément, à caractère génital offre une explication plausible au stigmate qui entoure les

ITS. Il existe plusieurs termes, à inclinaison négative, pour décrire, et même symboliser, les ITS. Autrefois, le terme de maladies vénériennes était utilisé pour désigner les maladies génitales. Le mot vénérien dérive du latin *venerius*, « de Vénus » qui représente la déesse de l'amour, alors il est désormais question de maladies transmises par l'acte de l'amour physique. De là, les personnes atteintes d'une maladie vénérienne se sentent coupables d'avoir cette maladie et se font punir, en subissant des rituels de purification, pour leurs comportements sexuels délinquants (Germain & Langis, 1990) de même que pour leurs comportements immoraux en lien avec l'adultère (Madru, 2003; Goffman, 1998; Albon, 1981). À l'époque, le terme de maladies honteuses, qui renvoient à l'idée de honte, de dévergondage ou de malpropreté était également reconnu. Par la suite, le terme de maladies transmises sexuellement est reconnu, mais comme plusieurs de ces maladies peuvent provenir de sources alternatives et avoir, ensuite la possibilité d'être transmises à quelqu'un par contact sexuel, le terme de maladies transmissibles sexuellement est plus adéquat. De nos jours, le terme ITS est préférablement utilisé. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande de remplacer l'expression maladies sexuellement transmissibles (MTS) par celle d'infections transmissibles sexuellement (ITS). L'expression infections transmissibles sexuellement est reconnue depuis 1999, car elle tient mieux compte des infections asymptomatiques (OMS, 2005). Malgré la nouvelle nomenclature, soit la sophistication des termes dans le but d'être acceptable politiquement, l'aura négative qui entoure les ITS persiste toujours, c'est-à-dire que les mêmes croyances, les mêmes peurs, les mêmes idées fausses et les mêmes politiques publiques persistent encore aujourd'hui (Madru, 2003).

Étant donné l'augmentation de la prévalence et de l'incidence des ITS dans la dernière décennie, le travail des infirmières dans le domaine de la santé sexuelle s'avère très important pour maintenir la santé de l'individu et de la population. En Amérique du Nord, la majorité des infirmières œuvrant dans le domaine de la santé sexuelle travaillent dans les départements de santé publique, soit en tant que gestionnaires de cas ou en tant qu'infirmières travaillant dans les cliniques de santé sexuelle (Holmes & O' Byrne, 2006).

La présente étude s'intéresse exclusivement au travail des infirmières travaillant dans les cliniques de santé sexuelle qui sont responsables de la collecte initiale de données auprès des adolescentes qui consultent pour des tests de dépistage d'ITS.

La consultation de soins de santé est une étape importante de la démarche thérapeutique de l'adolescente atteinte d'une ITS, une étape souvent difficile pour celle-ci. La divulgation de comportements sexuels et ce, tout particulièrement dans le cas d'une ITS, vulnérabilise l'adolescente, c'est-à-dire que celle-ci se voit confronter à plusieurs obstacles d'ordre psychologique, dont la stigmatisation en lien avec les ITS. La peur de se voir attribuer un statut déviant, soit stigmatisant, peut affecter la volonté des clients à consulter des services de soins appropriés (Lichtenstein, 2003 ; Barth, Cook, Downs, Switzer & Fischhoff, 2002 ; Fortenberry & al., 2002) et peut gêner la divulgation de comportements sexuels à risque. Les infirmières en santé publique et, plus particulièrement dans le domaine de la santé sexuelle, initient souvent le premier contact avec les adolescentes qui consultent les services de soins de santé pour une ITS. La nature de ce processus interactionnel est critique dans l'élaboration d'une relation interpersonnelle, basée sur la confiance et le respect réciproque, qui est essentiel pour le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des adolescentes atteintes d'une ITS. Les infirmières qui travaillent avec des adolescentes atteintes de problèmes de santé sexuelle, et plus particulièrement d'une ITS, sont souvent affligées d'un sentiment de malaise et démontrent un manque de sensibilité envers la situation de leurs clientes, qui décourage plus d'un en quête d'aide ou d'information (Kingham, 2001). La gêne, la honte, la peur du discours moralisateur ou le manque de discrétion de la part du professionnel infirmier expliquent souvent l'hésitation des personnes atteintes d'une ITS à consulter les services de soins appropriés (Germain & Langis, 1990 ; Tangmunkongvorakul, Kane & Wellings, 2005 ; Holmes & O'Byrne, 2006). Brandt (1987) suppose également que les interactions entre les professionnels de la santé et les personnes atteintes d'une ITS représentent souvent le conduit (point de départ) à travers lequel le stigmate se voit renforcé.

La présente étude cible les adolescentes étant donné l'incidence accrue des ITS dans cette population, de même que les risques associés à la santé des adolescentes atteintes d'une ITS. De plus, les adolescentes doivent affronter davantage d'obstacles en quête de services de santé sexuelle pour des tests de dépistage d'ITS. Les adolescentes atteintes d'une ITS sont également sous-représentées dans les études sur le stigmatisme en lien avec les ITS et les raisons pour lesquelles elles hésitent à consulter les services de santé sexuelle accessibles et disponibles sont peu connues.

1.1 But de la recherche

Le but de la présente recherche est de comprendre et de décrire le processus interactionnel (au moment de la rencontre initiale) entre l'infirmière et les adolescentes qui consultent des services de santé sexuelle pour des tests de dépistage des ITS.

1.2 Questions de recherche

Comment les infirmières, exerçant en clinique de santé sexuelle, construisent-elles l'identité des adolescentes qui consultent pour des tests de dépistage d'infections transmises sexuellement ? Comment cette représentation affecte-t-elle la relation infirmière-adolescente tout au long de la démarche de soins, ce qui inclut les stratégies de relation d'aide ?

1.3 Position épistémologique

Les paradigmes du positivisme, du post-positivisme, de la théorie critique et du constructivisme sont les quatre paradigmes en concurrence dans le monde de la recherche qualitative, qui elle s'inscrit dans le paradigme naturaliste (Guba & Lincoln, 1998). Dans le paradigme naturaliste, il existe plusieurs réalités, réalités qui sont basées sur les perceptions des individus et changent avec le temps (Fortin, 2006). Un paradigme est un ensemble de croyances, de valeurs qui sont partagées par les membres d'une collectivité scientifique et qui entraîne une manière définie d'envisager la réalité (Fortin, 2006). La présente recherche s'inscrit dans le paradigme de la théorie critique qui, selon Guba et Lincoln (1998), englobe plusieurs perspectives alternatives dont le néo-Marxisme, le féminisme et les études gaies et lesbiennes. Selon Guba et Lincoln (1998), chaque

paradigme de recherche s'articule autour de trois positions très importantes soient la position ontologique, la position épistémologique et la position méthodologique. Le paradigme de la théorie critique a été choisi pour guider la présente recherche puisque les croyances et les stratégies de ce paradigme sont celles qui correspondent le mieux aux croyances et des valeurs de la chercheuse.

Ontologie

Le *réalisme historique* (historical realism) est la forme et la nature de la réalité dans le paradigme de la théorie critique. La réalité virtuelle (construite) est appréhendable suite à l'influence de plusieurs facteurs d'ordre social, politique, culturel, économique, ethnique et de genre. La réalité virtuelle (construite) est, ensuite, concrétisée en une série de structures qui sont maintenant considérées comme « vraies », normales et immuables.

Épistémologie

La nature de la relation entre le chercheur et l'objet de recherche est *transactionnelle* et *subjective* dans le paradigme de la théorie critique. Le chercheur et l'objet de recherche partagent une relation interactive, où les valeurs du chercheur influencent inévitablement la recherche et, par conséquent, les résultats obtenus.

Méthodologie

Le dialogue est un outil important du chercheur pour procéder à la collecte et l'analyse des données dans le paradigme de la théorie critique. La nature transactionnelle de la recherche exige un dialogue entre le chercheur et l'objet de recherche. La méthodologie de la théorie critique a pour but de déconstruire et de reconstruire la réalité.

Selon Guba et Lincoln (1998), il y a plusieurs caractéristiques qui permettent de distinguer les paradigmes de recherche et qui influencent implicitement et explicitement le déroulement de l'enquête, les résultats obtenus et les politiques. D'abord, le but de la recherche varie d'un paradigme à l'autre. La recherche inscrite dans le paradigme de la théorie critique a pour but de critiquer et de transformer les structures sociales, politiques, culturelles, économiques, ethniques et de genres qui contraignent et exploitent l'humanité. Les chercheurs qui adhèrent au paradigme de la théorie critique doivent confronter, jouer le

rôle d'avocat, d'activiste, d'instigateur et de facilitateur pour favoriser la restitution et l'émancipation. Dans le paradigme de la théorie critique, les connaissances s'accumulent et se transforment à l'aide d'un processus dialectique de révision historique qui vise continuellement la critique des connaissances dans le but de remettre en question ce qui est pris pour acquis. L'inclusion des valeurs du chercheur permet véritablement de bien représenter l'objet de recherche.

1.4 Perspective féministe

Comme mentionné ci-haut, le paradigme de la théorie critique englobe plusieurs perspectives dont le féminisme. Quoique la présente recherche s'inscrive dans le paradigme de la théorie critique pour les raisons explicitées plus haut, elle adhère également à une perspective féministe. La recherche féministe repose sur une prémisse fondamentale, celle de mettre fin à l'inégalité entre les femmes et les hommes.

La recherche féministe est une perspective et non une méthode de recherche. Olivier et Tremblay (2000) expliquent que la recherche féministe n'est pas une méthode, puisqu'elle ne suit pas un ensemble de procédures systématiques et rigoureuses en vue de produire des connaissances : « la recherche féministe propose plutôt d'aborder un objet de recherche dans un esprit autre et d'adopter une façon autre d'être avec lui ainsi qu'avec les participantes » (p. 21). En posant un regard nouveau sur les méthodes de recherche utilisées dans différents champs disciplinaires, la recherche féministe favorise l'émergence et le développement de méthodes de recherche novatrices (Olivier & Tremblay, 2000). Les tenants de la recherche féministe doivent poser un regard critique sur les connaissances produites et les méthodes utilisées par les disciplines universitaires afin de s'assurer qu'elles n'alimentent pas et ne reproduisent pas les biais sexistes, androcentriques et patriarcaux (Olivier & Tremblay, 2000). Comme le mentionne bien Westkott (1990), la critique se concentre davantage sur l'invisibilité, l'interprétation fautive et la distorsion des expériences de vie des femmes et sur les méthodes conventionnelles utilisées pour générer des connaissances. La recherche féministe cherche à déconstruire et à reconstruire les acquis disciplinaires pour qu'ils reflètent plus justement les expériences de vie des femmes

(Olivier & Tremblay, 2000). « La recherche féministe se préoccupe d'allier théorie et pratique, de les combiner plutôt de les polariser » (Olivier & Tremblay, 2000, p.38). La recherche féministe a donc un double agenda, celui de la conscientisation et de l'action politique (Olivier & Tremblay, 2000). Elle veut favoriser chez les femmes une prise de conscience de leur situation, puis les outiller afin qu'elles puissent passer à l'action dans le but d'améliorer leur quotidien. L'engagement de la chercheuse en tant que personne est fondamental à la recherche féministe. La recherche féministe admet l'importance de la rigueur et d'une certaine distanciation en recherche, mais doute de la nécessité d'une rupture complète entre le « sujet » et l'« objet » (Olivier & Tremblay, 2000). Le féminisme valorise la subjectivité en recherche qui permet le développement de connaissances plus riches et reconnaît que les expériences personnelles de la chercheuse constituent une valeur importante dans le processus de recherche. La recherche féministe favorise l'intersubjectivité, c'est-à-dire l'engagement entre la chercheuse et les participantes dans le but de rompre le lien hiérarchique entre le « sujet » et l'« objet » de recherche afin de créer un climat de convivialité et d'aisance entre les parties (Olivier & Tremblay, 2000).

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE THÉORIQUE

Les prochains paragraphes procèdent à l'examen approfondi, systématique et critique des écrits pertinents se rapportant à :

- la construction sociale de la féminité et de la sexualité féminine ;
- la stigmatisation et les ITS ;
- la construction sociale et la stigmatisation en lien avec les ITS ;
- les ITS et les services de santé.

Pour débiter, une recherche générale à travers plusieurs disciplines a été entreprise à l'aide des bases de données telles Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medline, Allied and Complimentary Medicine Database (AMED), EMBASE, HealthSTAR, Women's Health Studies International et Genderwatch. Par la suite, les bases de données CINAHL et Medline ont été utilisées pour trouver des recherches touchant le sujet à l'étude dans la discipline infirmière. Les mots clés suivants ont été utilisés pour effectuer la recension des écrits : « women », « female », « social construction », « sexuality », « STD », « nursing », « nursing roles » et « nursing care ». La plupart des recherches qui ont été retenues sur le sujet à l'étude proviennent de l'épidémiologie, de la médecine et de la sociologie, mais rares sont celles qui proviennent des sciences infirmières et en encore moins celles d'orientation féministe.

2.1 La construction sociale de la féminité et de la sexualité féminine

Différentes disciplines académiques, dont la médecine, la psychologie, la sociologie et l'anthropologie, ont étudié le concept de « genre ». Le concept de genre s'inscrit dans la perspective constructiviste qui analyse les différences entre les hommes et les femmes. Plus spécifiquement, celle-ci rappelle que les inégalités, les hiérarchies et la domination masculine, sont des constructions sociales, et non le fait de la « nature » (Teixido, 2005).

Il existe plusieurs différences dans les représentations sociales du masculin et du féminin. Les différences entre les hommes et les femmes sont attribuables à la société et à

la culture, où la vision androcentrique régit toujours les rapports entre les sexes (Fournier, 2005). Il est important de distinguer « sexe » et « genre », deux concepts souvent interchangeables, mais dans les faits très distincts. Christine Delphy, militante et théoricienne féministe, affirme que « le genre crée le sexe ». Selon Delphy (2001), le genre c'est ce que l'on pourrait appeler le « sexe social », c'est-à-dire tout ce qui est social (non issu de la « nature ») dans les différences entre les hommes et les femmes. Les féministes, quant à elles, différencient le sexe anatomique et le genre. Le « sexe » fait référence aux attributs physiques distinguant les hommes et les femmes (souvent les organes génitaux et les attributs sexuels secondaires) tandis que le « genre » fait référence aux différences non anatomiques. Dans son ouvrage *Gender Trouble*, Judith Butler (1990) propose une théorie sur la *performance* de genre sexuel, où le « genre » est théorisé comme une performance sociale apprise et répétitive. Butler (1990) soutient que le genre est non seulement une construction sociale, mais bien une performance quotidienne qui cristallise la « fiction » du féminin et du masculin. Elle ajoute également que la performance sociale « obligatoire » de la féminité et de la masculinité produit l'apparence d'un « genre naturel » qui n'est en fait que fiction.

En effet, dans la société actuelle, les hommes sont encore associés aux caractéristiques de la raison, de l'objectivité, de l'activité et de l'esprit; les femmes sont, quant à elles, associées à la passivité, l'émotivité et à la faiblesse physique (Olivier & Tremblay, 2000). Il est juste de dire que les caractéristiques de l'homme s'accompagnent d'une survalorisation, alors que les caractéristiques de la femme entraînent une infériorisation systématique. Selon Teixido (2005), le sexe féminin représente une valeur moindre que le sexe masculin, il est parfois même perçu comme étant « problématique ». L'utilisation abusive de dichotomies telles que masculin-féminin, esprit-corps, objectif-sujetif et actif-passif légitiment et renforcent les rapports inégaux entre les sexes que plusieurs croient à tort être un effet de la « nature ». Selon Westkott (1990), les femmes doivent apprendre à vivre dans un contexte social patriarcal.

Depuis longtemps, les féministes reconnaissent la sexualité comme étant un aspect important de la vie des femmes (Hyde & Oliver, 2000). La sexualité est un terme ambigu qui se réfère à plusieurs concepts, dont ceux de l'identité sexuelle, de l'orientation sexuelle et des comportements sexuels. Dans le cas de la présente recherche, l'influence de la société sur les comportements sexuels des adolescentes est centrale. Les recherches féministes reconnaissent la présence de différences entre les genres dans la sexualité et montrent que la majorité des différences de genre ne sont pas attribuables à des facteurs biologiques. En effet, ces différences sont plutôt attribuables à des facteurs sociaux et culturels (Hyde & Oliver, 2000). La société et la culture influencent inévitablement la signification et la représentation de la sexualité, c'est-à-dire que les sentiments, les attitudes et les comportements sexuels dépendent du contexte social de la personne (Welsh, Rostosky & Kawaguchi, 2000).

Selon Moore et Rosenthal (1993), plusieurs stéréotypes existent en ce qui concerne la sexualité et les rôles sexuels traditionnels. D'un côté, l'homme est le cavalier qui doit initier l'activité sexuelle pour combler son désir sexuel. De l'autre côté, la femme doit se faire plaisante, coopérative, calme et charmeuse. Elle doit prendre soin de son apparence physique pour plaire à l'homme tout en maintenant un comportement acceptable en public. Les comportements sexuels des femmes influencent leur réputation d'une façon souvent négative et hostile. Selon Welsh, Rostosky et Kawaguchi (2000), la sexualité féminine et, plus particulièrement la sexualité des adolescentes, possède un caractère pathologique, c'est-à-dire que la sexualité féminine est associée à des conséquences dangereuses, dont les ITS, voire même mortelles, comme le VIH. Par conséquent, comme le mentionne Boucher (2003), la sexualité des femmes, en général, et des adolescentes, en particulier, fait l'objet d'un plus grand contrôle social. Les adolescentes n'ont pas la même liberté sexuelle que les adolescents. Autrement dit, elles sont davantage supervisées et contrôlées par leurs proches, mais aussi par la société pour prévenir les comportements sexuels déviants tels une ITS ou une grossesse non intentionnelle.

2.2 La stigmatisation et les ITS

Les valeurs sociales actuelles expliquent en partie le stigmate, qui pour Goffman (1998) est un phénomène construit socialement, en lien avec les ITS. Selon Goffman (1963), la société construit une théorie, une idéologie pour offrir une explication à l'infériorité et aux dangers que la personne représente et, parfois pour rationaliser l'animosité basée sur les différences. Avant d'entamer une analyse plus profonde de l'influence de la construction sociale sur le stigmate en lien avec les ITS, il importe de définir le concept du stigmate et de préciser l'historique de celui-ci.

Définition et historique du stigmate

Le sociologue canadien Goffman (1998) définit le stigmate comme un attribut qui jette un discrédit profond sur la confiance, l'estime et la valeur de la personne concernée. Goffman (1998) croit qu'en réalité, il est préférable de parler en termes de relations et non seulement en termes d'attributs, car l'attribut en soi ne peut être « créditable » (honorable) ou « discréditable » (indigne), mais le devient lorsque la personne se voit associée à des caractéristiques sociales indésirables ou critiques. La définition sociologique du stigmate de Goffman permet de comprendre davantage l'influence de la société sur la signification et la représentation du stigmate vécu par une adolescente atteinte d'une ITS. La définition de Goffman (1998) reconnaît que le stigmate est un phénomène social et culturel.

Selon Goffman (1998), les Grecs inventent le terme de stigmate pour désigner des marques corporelles qui exposent le statut moral inhabituel et détestable de la personne atteinte. Les Grecs sont les premiers à utiliser le stigmate pour identifier les personnes avec une atteinte physique visible dans le but de les différencier des autres. Par ailleurs, Goffman (1998) croit que tout comme l'homme, le stigmate évolue, c'est-à-dire qu'il ne désigne plus nécessairement et uniquement un signe physique, mais bien un comportement actuel, comme par exemple la promiscuité, l'adultère, la prostitution et l'utilisation de drogues illégales. À leur tour, les maladies transmises par l'entremise du coït, telles la syphilis et la gonorrhée, représentent les conséquences de l'adultère et du comportement immoral (Madru, 2003; Goffman, 1998; Albon, 1981). De même, pour Madru

(2003), les personnes atteintes doivent subir, suite à l'écoulement de liquides organiques tels le pus, le sperme et le saignement menstruel, un rituel de purification. « On vit dans un univers où les hommes prospèrent en se conformant à la sainteté et périssent quand il dévie de la sainteté » (traduction libre) (Douglas, 1966, p.50).

Goffman (1998) s'intéresse davantage à l'analyse des interactions humaines dans la vie contemporaine et, plus particulièrement à la gestion de l'identité « corrompue ». Selon Albon (1981), les écrits de Goffman offrent un prototype global, c'est-à-dire un modèle utile pour les dimensions et les issues importantes à considérer lorsqu'on traite le stigmaté en tant que phénomène social et culturel. Goffman s'efforce de définir explicitement les concepts suivants, soient l'identité sociale, le stigmaté et les interactions sociales.

L'identité sociale et le stigmaté

Pour Goffman (1998), l'identité sociale est l'expression du rôle social que la personne exerce dans la société. Plus précisément, les rôles sociaux que la personne assume dans la vie de tous les jours la définissent comme membre au sein de la société. De là, Goffman (1998) soulève une distinction importante, celle de ne pas confondre l'identité sociale et le statut social puisqu'ils représentent deux concepts très distincts. L'identité sociale englobe plusieurs attributs personnels ainsi que des attributs structuraux, dont le statut social. Goffman (1998) stipule que la personne atteinte d'un stigmaté possède un attribut qui la disqualifie dans ses interactions sociales avec les autres. Cet attribut constitue un écart par rapport aux attentes normatives des autres envers l'identité de la personne en question. Par conséquent, la normalité de la personne est questionnée par les autres. « La personne normale et usuelle est dorénavant perçue comme une personne corrompue et moindre aux yeux de la société. Un tel attribut est un stigmaté, et ce, surtout lorsque l'effet critique est extensif » (Goffman, 1963, p.3).

La cause du stigmaté : la rupture

Selon Goffman (1998), le stigmaté représente une rupture entre l'identité sociale virtuelle de la personne et l'identité sociale réelle de la personne, c'est-à-dire que le

stigmatisme surgit lorsqu'il existe un désaccord entre les deux identités. D'un côté, *l'identité sociale virtuelle* représente les caractéristiques présumées normales qui justifient les interactions sociales avec les autres. En d'autres mots, pour opérer de façon efficace dans un contexte social, certaines suppositions doivent être faites au sujet des autres pour donner place à l'interaction sociale. L'identité sociale virtuelle est donc l'identité hypothétique que possède la personne, c'est-à-dire qu'il s'agit d'hypothèses qu'une personne formule au sujet d'une autre personne. D'un autre côté, *l'identité sociale réelle* représente l'identité de la personne qui possède des attributs potentiellement stigmatisants, c'est-à-dire que les attributs en question sont dignes de preuves tangibles. La rupture entre les identités place la personne atteinte d'un stigmatisme dans une catégorie marginale, une catégorie où la normalité de la personne est questionnée par les autres. La personne atteinte d'un stigmatisme n'est plus perçue ou considérée comme un être complet, mais tout simplement comme une personne stigmatisée, c'est-à-dire que seul l'attribut stigmatisant définit la personne à part entière. Par conséquent, la personne qui possède un stigmatisme doit apprendre promptement les rôles qui permettent une interaction sociale plus confortable avec les personnes dites « normales ».

Les personnes vulnérables au stigmatisme

Selon Goffman (1998), les personnes à risque de vivre un stigmatisme sont les personnes « *discréditées* » ou les personnes « *discréditables* ». D'un côté, la personne « *discréditée* » suppose que la différence est déjà connue ou visible de deux façons, soient que la personne atteinte dévoile la déviance en question ou que la déviance ne peut être dissimulée. D'un autre côté, la personne « *discréditable* » suppose que la différence n'est ni connue ni immédiatement perceptible par les autres. La personne atteinte d'une déviance dissimulatrice s'efforce d'éviter tous les « *symboles stigmatiques* » et utilise des « *dé-identificateurs* » dans le but de conserver l'identité « *discréditable* » (Goffman, 1998). Les « *symboles stigmatiques* » représentent tout ce qui risque de supposer un lien entre la personne et la déviance. Les « *dé-identificateurs* » sont toutes les actions entreprises pour laisser croire aux autres que la personne possède, en effet, un statut non déviant. Les

personnes discréditables, dont le stigmat n'est pas visible ou apparent, peuvent opter pour gérer l'information potentiellement stigmatisante et essayer de « *passer* » pour une personne « *normale* ». Selon Goffman (1998), la personne « *normale* » est une personne qui ne s'écarte pas de façon négative des attentes particulières. Il est relativement facile pour une personne atteinte d'une ITS de « *passer* » pour une personne normale puisque la plupart des signes et des symptômes sont invisibles. Toutefois, toute personne qui vit un stigmat risque fortement de vivre les deux situations, soient d'être « *discréditée* » ou « *discréditable* » à un certain moment donné. Bref, Goffman (1998) dichotomise la société en deux catégories : les personnes « *normales* » et les personnes « *discréditées* » ou « *discréditables* »

Les types de stigmat

Selon Goffman (1998), il existe trois types de stigmat. D'abord, il y a les monstruosité du corps qui représentent les difformité physiques. Ensuite, il y a les tares du caractère qui, aux yeux d'autrui, représentent un manque de volonté, de passions irrépressibles ou antinaturelles, de croyances égarées et rigides et de malhonnêteté. Les psychiatrisés, les emprisonnés, les drogués, les alcooliques, les homosexuels, les chômeurs et les suicidaires sont, en effet, des tares de caractère. De même, les personnes atteintes d'une ITS sont des tares de caractère, et ce malgré l'origine physique de la maladie. Ensuite, les stigmates tribaux représentent la race, la nationalité et la religion, qui se transmettent de génération en génération et contaminent par le fait même les membres de la famille.

Selon Goffman (1998), le stigmat se forme au cours de l'interaction sociale, car lorsque les personnes « *normales* » et les personnes atteintes d'un stigmat se retrouvent physiquement en présence les unes des autres et s'efforcent de soutenir conjointement une conversation, elles doivent affronter directement les causes et les effets du stigmat. C'est alors que la personne atteinte d'un stigmat se rend compte qu'elle ne peut prédire la façon dont les personnes normales vont l'identifier et l'accueillir. Toutefois, Goffman (1990) précise qu'il est important de comprendre que même si la personne possède une condition

potentiellement stigmatisante, la condition ne devient stigmatisante que lorsque les autres évitent, critiquent et dégradent la personne suite au résultat direct de leur condition. De ce fait, le stigmate est un phénomène socialement construit lors de l'interaction sociale.

2.3 La construction sociale et la stigmatisation en lien avec les ITS

L'étude de Fei-ling Go et al. (2002) sur l'influence des différences de genre sur la perception des ITS au Vietnam et l'étude de Shefer et al. (2002) sur la construction sociale des ITS dans les communautés de l'Afrique du Sud explorent les différences de genre dans la façon de percevoir les ITS. Malgré le fait que les études mentionnées ne représentent pas parfaitement la réalité canadienne ou occidentale, elles démontrent l'importance de la problématique en question. Les études présentent également des résultats intéressants qui peuvent être applicables à la culture canadienne ou occidentale, où l'influence de la société prévaut en matière de santé sexuelle, y compris les ITS. Les hommes et les femmes ne perçoivent pas les ITS de la même façon, de même, les hommes et les femmes ne vivent pas l'expérience d'être atteint d'une ITS de la même façon et ce, en raison de la construction sociale de la sexualité qui perpétue les différences de genre. D'un côté, la majorité des hommes considèrent l'acquisition d'une ITS comme étant représentative d'une masculinité réussie, c'est-à-dire un signe de virilité ou une source de fierté (Fei-ling Go & al., 2002), tandis que les femmes considèrent plutôt l'acquisition d'une ITS comme étant un échec indéniable à leurs rôles féminins, celui d'être une femme respectable (Fei-ling Go & al., 2002). Dans la société, les hommes atteints d'une ITS sont jugés comme étant « curieux », alors que les femmes atteintes d'une ITS sont jugées comme étant faciles (Fei-ling Go & al., 2002).

Il existe plusieurs stéréotypes associés aux ITS, le plus populaire étant celui de la promiscuité (Fei-ling Go & al., 2002 ; Shefer & al., 2002), c'est-à-dire des hommes et des femmes qui ont des relations sexuelles avec de multiples partenaires occasionnels ou réguliers. La construction sociale de la promiscuité varie considérablement selon le genre, c'est-à-dire que les hommes sont souvent récompensés pour leur sexualité active tandis que les femmes sont réprimandées et stigmatisées. Selon Shefer et al. (2002), la

promiscuité englobe « la femme facile », la prostitution, la malpropreté et l'immoralité. Les femmes, dites précoces, ont été longtemps considérées comme étant le vecteur de la maladie (Shefer & al., 2002).

Il existe un discours prévalent dans le domaine de la sexualité qui suppose que les femmes sont la cause des ITS (Shefer et al., 2002). Depuis longtemps, les ITS sont considérées comme étant une maladie de femmes. Dans l'étude de Fei-ling Go et al. (2002), les hommes croient que les sécrétions vaginales et les ulcères génitaux représentent des maladies de femmes ou des ITS. Dans l'étude de Shefer et al. (2002), les hommes croient que les parties génitales de la femme sont propices à la maladie bactérienne ou virale. Les hommes comparent le vagin de la femme à un compost qui abrite bien les ITS. L'explication offerte par les participants masculins dans l'étude de Shefer et al. (2002) démontre bien une source de dualisme entre les sexes ; une source qui, selon Olivier et Tremblay (2000), consiste à expliquer les faits sociaux, notamment les différences de comportements et d'attitudes entre les genres vis-à-vis les ITS, à partir de causes biologiques plutôt que sociales.

2.4 Les ITS et les services de santé

Les personnes stigmatisées doivent apprendre le rôle reconnu socialement pour rendre l'interaction avec les personnes « normales » plus confortable (Goffman, 1998). De ce fait, les personnes qui souffrent d'une maladie, telle une ITS, doivent apprendre le « rôle du malade » acceptable socialement et culturellement. Les écrits de Parsons (1951) sur l'état déviant de la maladie offrent des explications sur le « rôle du malade » qui prévalent encore aujourd'hui. Selon Parsons (1951), les personnes qui souffrent d'une maladie quelconque doivent apprendre le « rôle du malade », défini comme étant un statut social déviant en relation avec les attentes sociales, les sanctions et les sentiments institutionnalisés. Le modèle de Parsons (1951) explique quatre aspects du « rôle du malade ». En premier lieu, la personne malade est exemptée de plusieurs responsabilités relatives aux différents rôles qu'elle assume dans la société selon la nature et la sévérité de la maladie. Ensuite, la personne malade ne peut s'attendre à guérir seulement par un acte

de volonté puisque le malade n'est pas responsable, voir coupable, de la maladie acquise. Par la suite, le statut d'être malade est en soi indésirable et porte l'obligation de se guérir. Finalement, il y a une obligation de consulter des services de soins compétents, habituellement des services médicaux, et de coopérer dans le processus de guérison.

Malgré le fait que les ITS sont des conditions médicales reconnues, le modèle de Parsons (1951) sur le « *rôle du malade* » ne semble pas être applicable. Les personnes atteintes d'une ITS ne sont pas perçues comme des « *malades* » réels et véritables. Les personnes atteintes d'une ITS sont plutôt reconnues comme étant des tares de caractères, tels que décrit par Goffman (1998), en dépit de l'origine physique de la condition stigmatisante, puisqu'elles sont associées à un échec moral, c'est-à-dire que l'acquisition d'une ITS est le résultat direct d'un acte sexuel immoral. De même, Albon (1981) affirme que les personnes atteintes d'une ITS sont reconnues comme étant atypiques, déviantes, dédaigneuses et se font ignorer, traiter dans les apostilles et considérer parmi un mystique quasi religieux impur et corrompu. Selon Madru (2003), les maladies avec une composante sociale significative, telles les ITS, portent souvent un jugement moralisateur de blâme, et la personne affectée peut se voir juger responsable. Par ailleurs, Albon (1981) croit que les personnes atteintes d'une maladie avec une composante sociale significative sont soumises à des obligations supplémentaires, soient que la personne avec l'état de santé déviant est responsable de faire les ajustements nécessaires pour rendre l'interaction avec les personnes « *normales* » plus confortables. De là, Madru (2003) suppose que les personnes atteintes d'une maladie avec une composante sociale significative vivent une dyade, celle de souffrir d'une maladie physique et de souffrir d'un stigmat social et psychologique. En d'autres mots, les personnes atteintes d'une maladie avec une composante sociale significative, telles les ITS, sont souvent identifiées non comme des victimes, mais bien comme des vecteurs de la maladie. Les personnes sont non seulement coupables d'avoir contracté la maladie, mais elles sont tenues responsable de l'avoir transmise aux autres. Les écrits classiques de Jones, Farina, Hastorf, Markus, Miller et Scott (1984) décrivent six dimensions sur lesquelles le stigmat varie et suggèrent que les

dimensions affectent les rôles interpersonnels de la personne stigmatisée. Quoique les six dimensions soient importantes, la dimension du péril de Jones offre une explication particulièrement intéressante au stigmate en lien avec les ITS et supporte l'idée de vecteur de Madru (2003). Le péril représente le danger que la condition occasionne aux autres. Dans le cas d'une ITS, le stigmate s'intensifie étant donné que la personne atteinte est tenue responsable, que le stigmate est contagieux et que les manifestations du stigmate sont perçues comme laides, répulsives et dérangeantes (Kingham, 2001).

La majorité des études qui tentent d'expliquer les raisons pour lesquelles les jeunes adultes ne consultent pas les services de santé appropriés pour les ITS soulèvent le stigmate comme étant un obstacle important. La recherche de Fortenberry et al. (2002), de même que celle de Cunningham, Tschann, Gurvey, Fortenberry et Ellen (2002), démontrent que le stigmate et la honte en lien avec les ITS et le VIH représentent des barrières importantes pour les services de dépistage et de traitement. Barth, Cook, Downs, Switzer et Fischhoff (2002) soulignent, à leur tour, que le stigmate social et les conséquences négatives subséquentes du stigmate représentent une barrière significative au dépistage et au traitement des ITS. L'étude de Barth, Cook, Downs, Switzer et Fischhoff (2002) révèle également que la consultation de soins de santé occasionne chez la personne un sentiment de culpabilité, de honte, de peur et celle-ci croit que les autres la perçoivent comme sale, dégoûtante et ignorante. L'étude de Cunningham, Tschann, Gurvey, Fortenberry et Ellen (2002) précise que le stigmate peut influencer la décision d'une adolescente de divulguer de l'information concernant les comportements sexuels entrepris aux professionnels de la santé et peut influencer la décision de consulter des services de soins de santé. Les recherches démontrent également que le stigmate en lien avec les ITS est un élément crucial qui influence la volonté de la femme de divulguer la présence de symptômes d'ITS ou de consulter les services appropriés (Fei-ling Go & al., 2002). La peur d'être étiqueté comme déviant peut affecter la volonté des clients à consulter les services de soins appropriés (Lichtenstein, 2003; Barth, Cook, Downs, Switzer & Fischhoff, 2002; Fortenberry & al., 2002) et peut également gêner la divulgation de

comportements sexuels à risque (Cunningham, Tschann, Gurvey, Fortenberry & Ellen, 2002).

Selon Tangmunkongvorluk, Kane et Wellings (2005), la raison première qui explique l'inefficacité des services offerts aux personnes atteintes d'une ITS est l'attitude, le comportement et le langage des professionnels de la santé envers les personnes qui consultent les services de santé. Les professionnels de la santé sont perçus, par les personnes atteintes d'une ITS, comme irrespectueux, grossiers et porteurs de jugement sur leur condition de santé (Shefer & al., 2002). Les professionnels accusent les victimes d'être responsable de leur propre sort et ce, en suscitant le blâme et la honte (Tangmunkongvorluk, Kane & Wellings, 2005) tout en les disciplinant en regard de leurs pratiques sexuelles (Shefer & al., 2002). Malgré le fait que la majorité des études révèlent que les jeunes, en général, identifient que le jugement et l'attitude menaçante des professionnels de la santé les découragent de consulter, les résultats d'une recherche démontrent que les jeunes femmes doivent affronter, plus que les jeunes hommes, les jugements de la part des professionnels de la santé (Tangmunkongvorluk, Kane & Wellings, 2005). Les jeunes femmes rapportent être sujettes à des attitudes menaçantes et à vivre une relation d'aide dans le jugement et l'indifférence tout en faisant face à la possibilité de ruptures de confidentialité ; les garçons eux, de leur côté, trouvent généralement une réponse plus conviviale et tolérante (Tangmunkongvorluk, Kane & Wellings, 2005). Ceci démontre bien les inégalités entre les genres qui peuvent représenter des obstacles importantes dans le recours aux services de santé sexuelle et reproductive par les adolescentes.

CHAPITRE 3

CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Dans la discipline infirmière, la recherche s'inscrit, pour la plupart du temps, parmi deux paradigmes qui prévalent dans le développement des connaissances infirmières, soient le paradigme positiviste ou le paradigme naturaliste. La recherche qualitative, quant à elle, adhère au paradigme naturaliste qui suppose que la réalité est multiple et se découvre progressivement au cours d'une démarche dynamique qui consiste à interagir avec les individus dans l'environnement et dont résulte une connaissance relative ou contextuelle (Fortin, 2006). Il existe plusieurs définitions de la recherche qualitative, quoique celle de Paillé soit claire, concise, complète et explicite. Selon Paillé (1994), la recherche qualitative représente toute recherche cherchant à comprendre les phénomènes dans leur milieu naturel. La recherche qualitative envisage le sujet d'étude sous un large point de vue et recueille des données dans le but de créer un récit ou de formuler une théorie (Paillé, 1994). La recherche qualitative cherche à découvrir, à explorer, à décrire des phénomènes et d'en comprendre l'essence (Fortin, 2006). La phénoménologie, l'ethnographie et la théorisation ancrée sont des exemples de méthodes qualitatives.

La présente étude suit les principes de la théorisation ancrée pour analyser et interpréter les données recueillies. La théorisation ancrée est une méthode de collecte et d'analyse de données qualitatives destinée à élaborer des théories et des propositions théoriques enracinées dans des observations issues du monde réel (Loiselle, 2007).

3.1 Devis de recherche

Compte tenu de l'état des connaissances actuelles et de la question de recherche, la théorisation ancrée a été privilégiée pour orienter la recherche au plan méthodologique. La méthodologie de la théorisation ancrée émerge de la discipline de la sociologie. L'expression « théorisation ancrée » traduit l'expression « grounded theory », méthodologie de théorisation empirique et inductive développée de façon collaborative par Glaser et Strauss (1967), deux sociologues américains de l'Université de Californie à San Francisco (Keddy, Sims, & Stern, 1996). La théorisation ancrée permet de construire une théorie

inductive, soit d'établir une proposition générale sur la base d'observations d'une série de faits particuliers, suite à l'analyse et l'interprétation qualitative des données (Strauss & Corbin, 1998). Dans la théorisation ancrée, la collecte des données, l'analyse des données et la construction de la théorie ne sont pas des étapes distinctes du processus de recherche, mais bien des étapes complémentaires. La théorie qui émerge des données est donc plus susceptible de bien représenter la réalité. La méthodologie de la théorisation ancrée favorise également la créativité de la part des chercheurs. Cette créativité se manifeste dans l'habileté des chercheurs à nommer les catégories, à poser des questions stimulantes, à faire des comparaisons intéressantes et à extraire des schèmes innovateurs, intégrés et réalistes à partir de données brutes et désorganisées. Strauss et Corbin (1998) stipulent que la théorisation ancrée est un mélange entre la science et la créativité et que les procédures établies fournissent un degré de standardisation et de rigueur au processus de recherche. Ils précisent également que les procédures établies ne doivent pas être suivies de façon dogmatique, mais plutôt de façon flexible et créative de la part des chercheurs.

Depuis le début des années 1980, cette méthodologie est largement utilisée en sciences infirmières, comme elle l'est aussi par d'autres milieux scientifiques (Benoliel, 1996; Keddy & Sims & Stern, 1996). On rapporte aussi que la théorisation ancrée est particulièrement utile dans de nouveaux champs de recherche et que sa contribution au développement du savoir en sciences infirmières est remarquable (Benoliel, 1996; Chenitz & Swanson, 1986; Strauss & Corbin, 1990). Selon plusieurs tenants du paradigme de la théorie critique, la théorisation ancrée serait idéale pour dégager des constats sociaux (Guba & Lincoln, 1998). Elle permet en effet de conceptualiser des comportements significatifs dans le cadre de contextes sociaux complexes (Chenitz & Swanson, 1986).

La description conceptuelle ou théorique d'un ensemble de comportements et de rapports sociaux propres à un phénomène, permettra d'identifier un processus social dominant (Basic Social Process – BSP) (Benoliel, 1996; Chenitz & Swanson, 1986). Ce processus a des propriétés explicatives dans la mesure où il permet de mieux comprendre

et de définir les variations dans les comportements individuels (Chenitz & Swanson, 1986). Ce devis de recherche qualitative recourt à un certain nombre de méthodes de collecte et d'analyse de données qui lui sont propres et qui ont été détaillées par Strauss et Corbin (1990, 1998). La théorisation ancrée est une méthode de recherche qui propose une manière systématique de collecte, d'organisation et d'analyse des données, « collant » bien à la pratique infirmière dans des sites diversifiés (Benoliel, 1996; Strauss & Corbin, 1990).

3.2 Recrutement des participant(e)s

Les participant(e)s ont été recrutés à l'aide d'affiches (Appendice A), disponibles en français et en anglais, posées sur des babillards dans des lieux publics pertinents. Les affiches ont permis de préserver l'anonymat en permettant aux participant(e)s intéressés de verbaliser leur intérêt en privé, par courrier électronique. Le titre de la recherche, la discipline académique dans laquelle s'inscrit la recherche, les critères d'inclusion des participant(e)s et le nom et les coordonnées de la chercheuse et du superviseur de la recherche ont été précisés sur les affiches. Les participant(e)s intéressé(e)s ont contacté la chercheuse par courrier qui a répondu à tous les courriels reçus dans le but de fixer un rendez-vous pour procéder à l'entrevue semi-directive dans le bureau du superviseur de la recherche.

3.3 Échantillon

L'échantillon est composé d'infirmiers et d'infirmières autorisé(e)s, détenant un baccalauréat en sciences infirmières, qui travaillent dans le domaine de la santé publique, plus précisément dans un Centre de Santé-Sexualité. Sept (7) participant (e) s ont été retenus pour la recherche, ce qui est suffisant étant donné que la théorisation ancrée privilégie un faible échantillon composé de personnes capables de donner de l'information riche sur le sujet à l'étude (Strauss & Corbin, 1998). La saturation des données a été atteinte avec 7 participant (e) s comme c'est généralement le cas en théorisation ancrée (Strauss & Corbin, 1998).

3.4 Collecte des données

Dans le cadre de la présente recherche, une seule méthode de collecte de données, à savoir, les entrevues, a été utilisée. Une seule méthode de collecte de données a été retenue, car la chercheuse juge que les entrevues sont suffisantes pour obtenir des informations riches sur le sujet à l'étude et que l'ajout d'une autre méthode de collecte des données risque de sous-estimer le contenu des entrevues. Deux raisons particulières ont sous-tendu le choix des entrevues comme instrument de collecte de données dans la présente étude. La première raison est que les entrevues permettent de recueillir de l'information auprès des sujets face à face et permettent à la chercheuse de comprendre la signification d'un événement ou d'un phénomène vécus par les participant(e)s (Fortin, 2006). La deuxième raison est que les entrevues permettent également le développement d'une relation non hiérarchique et des liens de proximité entre la chercheuse et les participant(e)s (Olivier & Tremblay, 2000) afin de créer un contexte de convivialité pour engager les participant(e)s dans le but de favoriser l'émergence de réponses sincères.

Dans la présente étude, les entrevues sont la méthode de choix pour amasser les données auprès des participant(e)s, mais plus précisément, les entrevues semi-directives. Dans ce type d'entrevue, l'*interviewer* prépare une liste de sujets à aborder, formule des questions concernant les sujets prédéterminés et les présente au répondant dans un ordre logique. L'ordre des questions étant flexible, l'interviewer peut commencer par des questions simples et poser progressivement des questions plus complexes (Hess, Sénécal & Vallerand, 2000). L'*interviewer* peut également modifier les questions pour approfondir sur des concepts émergents. La flexibilité que comportent les entrevues semi-directives est essentielle pour atteindre le but de la théorisation ancrée, soit la découverte.

Un guide d'entrevue (Appendice B) a été utilisé pour s'assurer que tous les participant(e)s ont été exposés aux mêmes types de questions. Les entrevues semi-directives étaient composées de questions ouvertes seulement, car elles n'imposent pas de catégories de réponses et le répondant est libre de répondre comme il veut. Chaque participant (e) a été rencontré (e) pour une entrevue, d'une durée de 60 à 90 minutes,

enregistrée sur bande audio. Les rencontres ont eu lieu dans le bureau du superviseur de la recherche à l'Université d'Ottawa. Toutes les entrevues enregistrées ont été retranscrites par la responsable de la recherche (F. Normand) en suivant la méthode Labrie (1982) et les données ont été entreposées dans un cabinet verrouillé à clé dans le bureau du superviseur de la recherche.

3.5 Analyses des données

En théorisation ancrée, la collecte des données s'effectue en concomitance avec l'analyse. À partir des informations brutes amassées lors des entrevues, la chercheuse a établi un système de codes (codification) permettant de classifier les données. Ces codes ou mots-clés ont ensuite été regroupés sous forme de catégories. C'est à partir des catégories que des concepts descriptifs et explicatifs ont émergé et ont été identifiés. Ces catégories ont ordinairement été liées entre elles et la chercheuse a réussi à identifier une catégorie centrale (*core category*) à laquelle se sont greffés et articulés les autres catégories identifiées (Strauss & Corbin, 1990). Selon Chenitz et Swanson (1986), la catégorie centrale constitue souvent le siège du processus social dominant. Les concepts qui chapeautent chaque catégorie ont été liés entre eux sous la forme d'un énoncé théorique, qui a permis de tracer une carte (modélisation) conceptuelle. Plus précisément, l'analyse a suivi les étapes et les principes proposés par Paillé (1994) et qui se veut une adaptation rigoureuse, mais conviviale de la méthode de recherche proposée par Strauss et Corbin (1990, 1998). Paillé (1994) propose « de rendre pragmatiquement intelligible toutes les étapes de l'analyse par théorisation ancrée de façon à procurer l'autonomie nécessaire au débutant qui voudrait y recourir pour l'analyse de son propre corpus de données » (Paillé, 1994, p. 148). Paillé (1994) propose une méthode d'analyse des données sous forme d'étapes successives à savoir : la codification initiale, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et, enfin, la théorisation.

La codification initiale, soit la première étape et le point de départ indispensable de toute théorisation ancrée, « sert à dégager, relever, nommer, résumer et thématiser le propos développé à l'intérieur du corpus sur lequel porte l'analyse » (Paillé, 1994, p. 154).

Ici, la chercheuse procède à une lecture attentive de la transcription d'entrevue, puis tente de qualifier, le plus fidèlement possible et avec le plus de concision possible, par des mots, des expressions ou des courtes phrases le propos de l'ensemble. Le chercheur cherche donc à identifier des codes, qui seuls, représentent un phénomène, une entité, une idée abstraite. Paillé (1994) parle de « codes conceptuels » qui constituent déjà une catégorie. L'étape de la codification initiale est crucial pour la fiabilité de l'analyse et, pour cette raison, le chercheur doit faire preuve de prudence empirique et doit limiter la créativité. Avant de passer à l'étape de la catégorisation, il importe d'exploiter l'étape de la codification initiale.

La catégorisation, soit la deuxième étape de l'analyse par théorisation ancrée, « consiste justement à porter l'analyse à un niveau conceptuel en nommant de manière riche et plus englobante les phénomènes, les événements qui se dégagent des données » (Paillé, 1994, p. 159), c'est-à-dire théoriser. Selon Paillé (1994), la catégorisation se fait à travers deux activités. La première activité consiste à dresser la liste des catégories. La deuxième activité consiste à procéder à une deuxième lecture, d'ordre conceptuel, d'une copie non annotée de la transcription de l'entrevue, en inscrivant des catégories dans la marge, plutôt que les codes conçus lors de l'étape de la codification initiale. Il est à noter que la catégorisation n'annule pas la codification, elle la place en réalité dans un contexte explicatif plus large et significatif. Paillé (1994) précise également que la catégorie est un outil analytique très puissant, mais aussi énigmatique et ce, surtout pour un chercheur novice, où la sensibilité théorique n'est pas aussi bien développée. Comme le mentionne bien Paillé (1994), la création d'une catégorie est une activité très exigeante. Le chercheur doit définir, dégager les propriétés, spécifier les conditions sociales légitimant leur formulation et identifier les diverses formes de chaque catégorie principale.

La mise en relation, soit la troisième étape de l'analyse par théorisation ancrée, « consiste à se livrer systématiquement à la mise en relation des catégories, trouver des liens qui ont habituellement déjà commencé à s'imposer, d'eux-mêmes lors du travail de consolidation » (Paillé, 1994, p.167). À l'aide de la schématisation, il s'agit, d'abord, d'une mise en relation préliminaire (la simple mise en relation de catégories), puis d'enrichir de

façon à expliciter la complexité du réel pour accéder à l'événement, à l'explication, à l'histoire. Étant donné que le phénomène est toujours multidimensionnel, l'établissement des liens entre les phénomènes ou les propriétés des phénomènes représente une activité acharnée, car les liens eux-mêmes peuvent prendre des formes infinies. Paillé (1994) parle de liens de ressemblance, de dépendance, fonctionnels et hiérarchiques. Selon Paillé (1994), il existe trois approches pour procéder à la mise en relation des catégories (approche empirique, approche spéculative et approche théorique) : « l'étape de la mise en relation permet de passer d'un plan relativement statique à un plan dynamique » (Paillé, 1994, p.171).

L'intégration, soit la quatrième étape de l'analyse par théorisation ancrée, est souvent l'étape la plus difficile à articuler. L'intégration « consiste à délimiter l'étude qui prend forme, de procéder à l'intégration des composantes multidimensionnelles de l'analyse » (Paillé, 1994, p. 172). Le défi réside dans l'habileté de cerner l'objet de l'analyse suite à la bifurcation de l'investigation, c'est-à-dire dans des tangentes non prévisibles dès le début de la recherche.

La modélisation, soit la cinquième étape de l'analyse par théorisation ancrée, « consiste à reproduire le plus fidèlement possible l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles caractérisant un phénomène, un événement, un système, etc. » (Paillé, 1994, p. 174). Au cours de la cinquième étape, le chercheur doit préciser le type de phénomène, les propriétés du phénomène, les antécédents du phénomène, les conséquences du phénomène et les processus en jeu au niveau du phénomène.

La théorisation, soit la sixième et la dernière étape de l'analyse par théorisation ancrée, est autant un processus qu'un résultat, c'est-à-dire non un point d'arrivée, mais bien la progression d'une théorie à partir du développement jusqu'à la consolidation à l'aide d'opérations telles l'échantillonnage théorique, la vérification des implications théoriques et l'induction analytique (Paillé, 1994).

3.6 Considérations éthiques

La présente étude a respecté les principes déontologiques de la recherche impliquant la participation d'êtres humains tels que définis par l'Université d'Ottawa. D'abord, la chercheuse a obtenu le consentement libre et éclairé de la part de chaque participant(e). Pour ce faire, avant même de débiter l'entrevue, la chercheuse a offert une explication détaillée du projet de recherche à chaque participant(e) et a répondu aux questions de chacun. Les participant(e)s ont dû également lire et signer un formulaire de consentement écrit (Appendice C) avant le début de l'entrevue. Le formulaire de consentement était disponible en français et en anglais afin de limiter les barrières linguistiques. Tous les participant(e)s ont lu et signé le formulaire de consentement rédigé en français ou en anglais. Chaque participant(e) a reçu une copie signée du formulaire de consentement.

Les participant(e)s ont ensuite été informés de leur droit de se retirer de l'étude en tout temps de deux façons. D'abord, la chercheuse a expliqué verbalement à chaque participant(e) leur droit de se retirer de l'étude en tout temps. Ensuite, le formulaire de consentement précisait explicitement que la participation du sujet est strictement volontaire et que celui-ci pouvait refuser de participer ou pouvait se retirer de l'étude en tout temps, et ce, sans crainte de représailles.

Le droit à l'anonymat et le droit à la confidentialité des participant(e)s ont également été respectés tout au long du processus de la recherche par la chercheuse. Chaque participant(e) s'est vu attribuer un code alpha-numérique. Les citations des participant(e)s ont été identifiées par entrevue et numéro de page de la transcription de l'entrevue. Les données sont entreposées dans un cabinet verrouillé dans le bureau du superviseur de recherche à l'Université d'Ottawa et seuls la chercheuse et le superviseur de recherche ont accès aux données. Lors du dévoilement des résultats, les participant(e)s interviewé(e)s ont été cités, mais toute autre information pouvant révéler leur identité a été retirée et le contenu des citations n'est pas révélateur des caractéristiques individuelles des

participant(e)s. Les cassettes audio et les transcriptions seront conservées pendant 5 ans et ensuite détruites par déchiquetage.

CHAPITRE 4

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Suite à la collecte des données, soit des entrevues semi-structurées avec des infirmiers (ères) autorisé(e)s, trois discours dominants ont émergé lors du processus de l'analyse des données. Les trois discours dominants sont :

- les outils du dispositif de santé publique;
- les facteurs contributifs à la stigmatisation;
- la construction de l'identité de la cliente adolescente consultant pour des services de dépistage d'ITS.

Les trois discours mentionnés ci-haut ne sont pas les seuls discours apparents dans les données amassées, mais leur influence est importante en ce qui a trait au processus interactionnel de la stigmatisation.

Afin de faciliter la lecture de ce chapitre, la chercheuse a conçu deux tableaux synthèse. Le premier tableau synthèse (tableau 4.1) présente les résultats obtenus, soient les catégories descriptives et les sous-catégories émergentes. Le second tableau synthèse (tableau 4.2) présente les caractéristiques générales des participant(e)s. Malgré le fait que les participant(e)s ont certains critères d'inclusion en commun dont leur diplôme académique et leur expérience de travail, l'échantillon retenu est très hétéroclite. Le sexe, les années d'expérience des participant(e)s en soins infirmiers, en santé publique et en santé sexuelle, leurs motivations à travailler dans le domaine de la santé sexuelle, leurs rôles et leurs fonctions au Centre de Santé-Sexualité sont différentes.

Tableau 4.1 Présentation des résultats

CATÉGORIES DESCRIPTIVES ET SOUS-CATÉGORIES
1. OUTILS DU DISPOSITIF DE SANTÉ PUBLIQUE a. Le suivi des cas et la notification des partenaires; b. Le questionnaire; c. L'infirmière. 2. FACTEURS CONTRIBUTIFS À LA STIGMATISATION a. Connaissances empiriques, théoriques et éthiques de l'infirmière; b. Valeurs personnelles de l'infirmière; c. Valeurs professionnelles de l'infirmière; d. Caractéristiques de la cliente adolescente; e. La nature de la maladie. 3. CONSTRUCTION DE L'IDENTITÉ DE LA CLIENTE ADOLESCENTE a. Différences genrées en matière de santé sexuelle; b. Vulnérabilité de la population adolescente; c. L'approche infirmière.

Tableau 4.2a Caractéristiques générales des participant(e)s

Variables	Sexe F= féminin M=masculin	Années d'expérience en nursing	Années d'expérience en santé publique	Années d'expérience en santé sexuelle
Informant 1	F	Quatre (4) ans	Quatre (4) ans	Quatre (4) ans et demi
Informant 2	F	Dix-huit (18) ans	Dix-huit (18) ans	Dix-huit (18) ans
Informant 3	F	Trois (3) ans et trois (3) mois	Deux (2) ans et demi	Un (1) an et trois (3) mois
Informant 4	M	Un (1) mois	Un (1) mois	Un (1) mois
Informant 5	F	29 ans (moins 11 ans) = 18 ans	25 ans (moins 11 ans) = 14 ans	25 ans (moins 11 ans) = 14 ans
Informant 6	F	Dix (10) ans	Neuf (9) ans	Neuf (9) ans
Informant 7	M	Trois (3) ans	Trois (3) ans	Trois (3) ans

Tableau 4.2b Caractéristiques générales des participant(e)s

Variables	Motivations	Rôles et fonctions	Incitatifs	Défis et frustrations
Informant 1	-intérêt pour la santé des femmes (obstétrique et gynécologie) -intérêt pour le sexe -intérêts personnels -travail en santé publique -système de santé hospitalier	<u>Dans le passé :</u> gestion de cas <u>Maintenant :</u> Ligne d'info SIDA/santé sexualité Clinique dans le rôle de l'entrevue et de traitement	-Liberté -Collaboration	-Fonctions administratives -Lorsque les clients me demandent : Qu'est-ce que tu ferais à ma place? -Remplir les réquisitions -Ignorance du client -Client agressif -Client qui refuse de faire le suivi de partenaires -Abus de partenaire -Hygiène des clients -Conflit avec médecins -Résistance des infirmières à remplir le questionnaire (plus de travail, tord aux clients) -Discontinuité des soins
Informant 2	-Stage -Emploi d'été	-Ligne d'info SIDA/santé sexualité -Clinique dans le rôle de l'entrevue, de traitement et d'infirmière qui assiste les médecins	-Contact un à un avec le client -Composante de l'enseignement	-Tâches administratives/ ménagères -Abus de pouvoir -Dévalorisation du travail infirmier -Relations conflictuelles avec d'autres collègues -Discontinuité des soins
Informant 3	-Poste vacant -Besoin d'un changement -Intérêt pour la santé sexuelle	-Gestionnaire de cas pour gonorrhée et chlamydia -Clinique dans le rôle de l'entrevue et de traitement	-Diversité	-Suivis difficiles -Relations conflictuelles avec d'autres professionnels de la santé -Résistance des infirmières à remplir le questionnaire (surcharge de travail)

Informant 4	-Stage -Travail en santé publique -Service différent	-Clinique dans le rôle de l'entrevue -SITE	-Contact un à un avec le client -Sujet tabou/privé -Atmosphère et les collègues de travail	<u>Défis :</u> Processus d'apprentissage
Informant 5	-Hasard	-Gestionnaire de cas pour syphilis -Clinique dans tous les rôles	-Composante clinique -Variété -Contact un à un avec le client -Clinique = physique	-Le suivi des partenaires -Suivis difficiles -Résistance des infirmières à remplir le questionnaire (surcharge de travail)
Informant 6	-Travail en santé publique -Composante clinique -diversité-variété -Population à risque	-Ligne d'info SIDA/santé sexualité -Clinique dans tous les rôles -Suivi des cliniques (admin) -Cliniques satellites	-Liberté -Clientèle diversifiée avec besoins différents -Contact un à un avec le client	-Pénurie du personnel -Inefficacité des services offerts -Discontinuité des soins -Inconsistance dans les soins prodigués -Aucune formation continue offerte
Informant 7	-Travail en santé publique	-Clinique dans le rôle de l'entrevue, de traitement et de triage.	-Liberté	-Rigidité du système et des collègues

4.1 Les outils du dispositif de santé publique

La première catégorie identifiée est celle des outils du dispositif de santé publique. Le département de la santé publique a la responsabilité, en vertu de la loi, d'assurer la prestation de services de santé publique, y compris de services de protection de la santé, de prévention des maladies et des blessures, de lutte contre les maladies transmissibles et de santé des familles, et de répondre aux questions de santé publique (Ville d'Ottawa, 2007a). Le Centre de Santé-Sexualité, une branche de la santé publique, où tous les informants interrogés travaillent, offre des services divers en matière de santé sexuelle. Les services offerts incluent les tests de dépistage pour les ITS, l'hépatite B, l'hépatite C et le VIH (incluant le dépistage anonyme), de même que le traitement des ITS. Le Centre de Santé-Sexualité a pour but de promouvoir une santé sexuelle saine en réduisant l'incidence et les complications subséquentes des ITS, y inclus le VIH et l'hépatite C (Ville d'Ottawa, 2007b). La santé publique a donc recours à plusieurs outils dont le suivi des cas et la notification des partenaires et le questionnaire conçu pour la collecte des données afin d'assurer la promotion, la protection et la surveillance de la santé des personnes et des collectivités.

4.1.1 Le suivi des cas et la notification des partenaires

Le premier outil utilisé par le dispositif de la santé publique est le suivi des cas et la notification des partenaires pour toutes les ITS nécessitant une déclaration obligatoire au niveau national dont la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Selon les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmises sexuellement publiées par l'Agence de santé publique du Canada (2006c), la notification des partenaires est une méthode de prévention secondaire permettant d'identifier, de localiser, de tester et de traiter les partenaires sexuels ou d'autres personnes exposées à une ITS. Elles supposent également que la déclaration obligatoire à la santé publique et la notification des partenaires sont nécessaires pour la surveillance et le contrôle des maladies. Au Centre de Santé-Sexualité, les gestionnaires de cas, dont trois des informants interrogés, sont responsables pour le suivi des cas et la notification des partenaires. Voici un extrait qui résume bien les responsabilités d'un gestionnaire de cas :

On fait des suivis pour s'assurer que les clients ont été traités avec les bons médicaments, on appelle les médecins, ensuite on appelle les clients pour s'assurer qu'ils n'ont pas eu aucun problème à prendre les médicaments qu'on leur a donné, puis on fait le suivi des cas aussi (inf.3, p.3).

Pour une autre informant, la notification des partenaires est un outil du dispositif très important pour la protection de la communauté en général:

...ils (clients) refusent de faire du suivi de partenaires, ça, ça me brûle parce que juste du point de vue...ce n'est pas que j'essaie de punir les gens, puis je n'aime pas ça me faire sentir comme si je punis les gens, mais c'est que je veux vraiment protéger la communauté, puis tout le monde à le droit à avoir...à faire prendre soins d'eux autres, puis d'avoir une bonne santé, puis quand quelqu'un met les bâtons dans les roues à quelqu'un d'autre tout ça, ça là, ça m'écoeure...c'est comme de l'abus de partenaires (inf.1, p.24-25).

Pour un autre informant, le suivi de cas et la notification des partenaires est plutôt un outil de surveillance qui, selon lui, permet d'observer pour contrôler :

...faire le suivi des partenaires chez les cas positifs dans une relation monogame stable est un dilemme éthique...c'est de les obliger contre leur propre gré...c'est de leur imposer une obligation morale de divulguer leurs pratiques sexuelles à leur (s) partenaire (s) sexuel (s) (traduction libre) (inf.7, p.3).

4.1.2 Le questionnaire

Le deuxième outil utilisé par le dispositif de la santé publique est le questionnaire, c'est-à-dire l'outil conçu pour la collecte des données au Centre de Santé-Sexualité. Au Centre de Santé-Sexualité, l'entrevue, soit l'étape de la collecte des données, est faite par le personnel infirmier. L'entrevue est un rôle parmi quatre rôles que l'infirmière peut jouer au Centre de Santé-Sexualité. Les autres rôles infirmiers au Centre de Santé-Sexualité sont : le rôle de l'infirmière du traitement, le rôle de l'infirmière qui assiste les médecins lors des examens et le rôle de l'infirmière du triage. Tous les infirmiers et les infirmières travaillant au Centre de Santé-Sexualité commencent par le rôle de l'entrevue. Voici quelques extraits de témoignages qui démontrent bien les responsabilités de l'infirmière lors de l'entrevue.

Je prends toute leur information comme de contact, puis en même temps rassurer la confidentialité, puis tout ça. Faire des documents de consentement (inf.1, p.11).

C'est là que l'enseignement doit se faire (inf.2, p.9).

Je leur demande des questions sur leur santé sexuelle...je remplis les réquisitions pour les différents tests, je donne des renseignements (inf.4, p.3).

On fait la collecte de données pour ses besoins de la journée (inf.6, p.3).

J'élécite de l'information des clients...j'amasse des données sur leur histoire de santé sexuelle...j'offre du counselling sur les dépistages et le traitement des ITS et j'offre aussi différentes méthodes de contraception et du counselling sur la santé sexuelle (traduction libre) (inf.7, p.2).

L'entrevue représente donc le premier point de contact entre l'infirmière et le client, un contact, que la plupart des informants qualifient comme étant très important.

C'est une étape super importante. Dès que les clients arrivent, c'est le premier contact que tu as avec la personne, donc c'est super, super, super important...parce que les clients c'est là qui te dévoilent les choses privées de leur vie (inf.2, p.9).

Justification et rationalisation de l'utilisation du questionnaire

La plupart des informants offrent une justification ou une rationalisation pour l'utilisation du questionnaire :

...parce qu'on a besoin de savoir pour qu'on puisse décider quels tests qu'on a besoin de faire (inf.1, p.28).

Evaluer leur risque de santé sexuelle, ça tout rapport avec les périodes d'incubation aussi. C'est juste pour avoir une meilleure idée de comment répondre à leurs besoins (inf.3, p.12).

...c'est nécessaire de faire ça (questionnaire) parce que faudrait savoir quel genre de dépistages leur offrir, puis quels risques qu'ils ont eu, puis depuis quand, donc, quand il y a les périodes d'incubation, tout ça... (inf.6, p.13).

De son côté, l'informant 7 croit que la justification ou la rationalisation du questionnaire offerte par les infirmiers (ères) autorisés (es) est très superficielle :

J'espère que si vous demandez aux infirmières une rationalisation pour les questions posées, elles seront en mesure de vous répondre. Toutefois, je crois que la rationalisation de la part des infirmières sera très superficielle, qu'elle sera davantage basée sur le mandat de l'institution plutôt que l'analyse critique des questions posées (traduction libre) (inf.7, p.6).

Questionnaire : outil standardisé de collecte des données

Tous les informants décrivent le questionnaire comme étant un outil standardisé de collecte de données, c'est-à-dire que le même questionnaire est utilisé pour tous les clients,

à l'exception de quelques questions pour une visite de suivi, peu importe leurs besoins.

Voici quelques extraits de témoignages qui démontrent bien ce point :

Oui, j'utilise le questionnaire, c'est le même pour tous les clients. Ça peut varier si c'est la première visite ou non. Oui, les questions sont les mêmes, mais il y a seulement une couple de questions qui ne sont pas répétées pour la deuxième visite (inf.4, p.7).

Oui. Bien, c'est le même questionnaire dépendant de la raison de leur visite. Si c'est leur première visite ou si c'est des visites nouvelles, c'est sensiblement les mêmes questions, c'est la couleur (du questionnaire) qui est différente (inf.5, p. 7).

Il y a des modifications mineures des questions selon le nombre de visites à la clinique. S'il s'agit d'une visite de suivi, le questionnaire est beaucoup plus court et tu peux le modifier, mais pour la plupart du temps, tu utilises le même questionnaire, c'est un modèle fixe (traduction libre) (inf.7, p.3).

Questionnaire : outil approprié

Quatre informants sur sept considèrent le questionnaire comme étant un outil approprié pour la collecte des données pour les clientes adolescentes, mais croient que l'infirmière joue également un rôle important :

Je pense que oui...moi, je suis habituée de les poser ces questions-là, fais que, moi, ça ne me fait rien, mais quelqu'un qui n'a jamais été posé ces questions-là, ça doit être pas mal gênant, puis il y a certaines personnes qui réagissent, fais que j'imagine que ça peut être un petit peu intimidant...c'est un outil, puis ça dépend de la personne qui l'utilise (inf.1, p.28).

Oui, bien, encore-là, oui, moi, je...falloir que ce soit universel quand même, tu ne peux pas avoir un différent outil de travail pour une fille ou, tu sais comme...non, je trouve que c'est approprié, c'est selon ce que l'infirmière l'interprète, puis comment elle rend ça plus peut être ouvert ou plus *friendly*...mais, le questionnaire, oui, moi je dirais que c'est approprié (inf.5, p.10).

Questionnaire : outil inapproprié

De leur côté, deux informants croient que le questionnaire est un outil inapproprié pour la collecte des données pour les clientes adolescentes :

...je pense qu'on fait souvent peur à la clientèle en posant des questions, tu sais assez directes...des questions aussi intimes... (inf.6, p.12).
Il échoue misérablement si tu poses toutes les questions. Il (questionnaire) serait probablement plus efficace pour tout le monde si on l'utilise comme un outil que l'on peut adapter aux besoins de la cliente suite aux données recueillies lors de la collecte des données (traduction libre) (inf.7, p.4).

Questionnaire : questions fermées

Par ailleurs, tous les informants sont d'accord que le questionnaire est majoritairement composé de questions fermées, c'est-à-dire de questions qui ne laissent le choix qu'entre un nombre préétabli de réponses. Comme par exemple, une réponse qui nécessitent seulement un « oui » ou un « non ».

C'est la plupart des « oui » ou des « non », donc des questions fermées, puis ça l'aide pas à savoir plus à propos du client, c'est comme des questions, puis ça finit là (inf.4, p.9).

Bien, ce serait probablement fermé parce qu'il n'y a pas d'ajout...à bien y penser, c'est plutôt fermé (inf.5, p.9).

Bien c'est des questions fermées pas mal là ... (inf.6, p.11).

Certains informants doutent de l'efficacité des questions fermées pour obtenir des données sur la santé sexuelle des clients, et ce surtout chez les clientes adolescentes. Lorsque la chercheuse a posé la question : « Croyez-vous que les questions fermées sont la meilleure façon de procéder pour obtenir des données sur la santé sexuelle d'une cliente adolescente ? », l'informant 4 a répondu :

Non, je trouve que ça ferme les portes...des fois, ce n'est pas la meilleure chose d'avoir des questions fermées (inf.4, p.10).

L'informant 7 corrobore également l'opinion de l'informant 4 avec l'extrait suivant :

Les questions fermées ne sont pas appropriées pour personnes, y inclus les clientes adolescentes (traduction libre) (inf.7, p.5).

Cependant, les informants 2 et 5 croient que les questions fermées sont inappropriées pour procéder à la collecte des données, car elles ne permettent pas à la clientèle d'élaborer sur certains sujets abordés lors de l'entrevue.

Bien parce que si tu réponds par « oui » ou par « non, c'est comme...c'est « oui » ou « non » là, ce n'est pas la meilleure chose, je trouve que ce n'est pas la meilleure chose pour pouvoir élaborer sur certains sujets (inf.2, p.14).

Bien j'imagine que ça dépend qui est ce qui...pour quelqu'un qui ne va pas plus loin, non...c'est peut être de sensibiliser les gens à l'importance de certains aspects qui faut rentrer en détails quand on pose certaines questions (inf.5, p.11).

Malgré le fait que les informants 1, 2 et 6 ne verbalisent pas directement que les questions fermées sont inappropriées pour amasser des données chez les clientes adolescentes, leurs

témoignages supposent que les questions ouvertes sont préférables. Pour les informants 1, 2 et 6, le rôle de l'infirmière lors de l'entrevue est de transformer les questions fermées sous forme de questions ouvertes :

D'une certaine manière, oui parce que...tu as besoin d'un certain montant d'information à savoir, mais je pense qu'il devrait avoir des questions, tu sais, qui sont plus ouvertes...mais, moi, je pense qu'il y a une manière de les rendre plus ouvertes, puis moi, c'est ça que je fais des fois (inf.1, p.29-30).

Bien la majorité des questions du questionnaire sont des questions fermées, mais c'est ça, je pense qu'en tant qu'infirmière quand on interview les clients on peut poser des questions...on peut faire en sorte de changer les questions pour qu'elles deviennent plus ouvertes (inf.2, p.6).

...mais il y a une façon qu'on peut poser des questions ouvertes là...la situation clinique là qui est très ouverte, tu en fais ce que tu veux là (inf. 6, p.11).

Questionnaire comme entrave au dialogue

Tous les informants, à l'exception de l'informant 3, croient que le questionnaire ou que les questions posées lors de la collecte des données entravent le dialogue entre l'infirmière et la cliente adolescente.

...le questionnaire c'est vraiment pour...sauver du temps, puis essayer de rendre ça uniforme pour tout le monde (inf.1, p.30).

L'informant 4 se réfère au questionnaire comme étant un outil qui facilite le dialogue à sens unique:

...c'est fermé, tu réponds à la question, puis c'est tout. Si tu as d'autres choses à rajouter, bien des fois tu n'as pas la chance si l'infirmière pose déjà l'autre question. Disons ce n'est pas un dialogue trop, trop bien pour la cliente (inf.4, p.10-11).

Pour l'informant 7, le questionnaire représente un outil de pouvoir, c'est-à-dire que le client est subordonné à l'infirmière :

Les questions posées maintiennent une hiérarchie entre l'infirmière et la cliente adolescente. Je (l'infirmière) pose les questions, tu (le client) réponds aux questions. Je ne veux pas que tu élabores, car je sais déjà quelles questions posées, tu réponds tout simplement par « oui » ou « non » (traduction libre) (inf.7, p. 5).

Les informants 3, 5 et 6 précisent que le questionnaire en soi n'encourage pas le dialogue réciproque entre l'infirmière et la cliente adolescente. Ils postulent que l'infirmière est responsable d'encourager le dialogue réciproque entre les deux parties.

Ça dépend encore une fois, comme ça dépend comment tu (infirmière) vas poser tes questions (inf.3, p.8).

Il faut que ça vienne de l'infirmière...si l'infirmière ne pousse pas, les questions ne sont pas propices à ouvrir bien gros les champs, c'est plutôt l'infirmière qui doit creuser un petit peu (inf.5, p.13).

C'est sûr que si tu passes de questions à questions...bien, c'est sûr que ça ne va pas encourager n'importe quel dialogue parce que tu es à la tâche, puis tu veux juste finir le questionnaire...je dis c'est comment les poser, c'est comment s'y prendre, c'est tout l'art de ça, de ne pas être obligé de toutes les poser, puis comment les poser parce que tu peux avoir la même information sans les questions fermées... ça dépend comment qu'elles (questions) sont posées. Je veux dire tu peux poser les questions comme dans un ordre différent, tu peux faire toutes sortes de choses qui, même si c'est des questions fermées (inf.6, p.19).

Questionnaire comme entrave à la relation thérapeutique

Cinq informants sur sept croient que le questionnaire ou que les questions posées lors de la collecte des données ne favorisent pas le développement d'une relation thérapeutique entre l'infirmière et la cliente adolescente. Pour les informants 6 et 7, la relation thérapeutique est plutôt détruite par le questionnaire :

Je pense que la relation thérapeutique est détruite souvent quand on pose trop de questions qui sont comme...qu'on peut, nous même, pas expliquer pourquoi on demande, mais on sait que ces des raisons statistiques, mais, en même temps, on les voit jamais les statistiques, tu sais, fais que, je ne vois pas pourquoi on poserait. Puis de savoir que peut être que ce n'est pas nécessaire (de poser toutes les questions), puis que ça pourrait faciliter le travail, puis peut être améliorer la relation infirmière-client si on n'était pas si invasif que ça parce qu'il y a un recul qui se fait (inf.6, p.8).

Non, pas du tout. Techniquement, les questions posées empêchent l'établissement d'une relation thérapeutique à travers le bio-pouvoir (traduction libre) (inf.7, p.5).

Six informants sur sept croient que l'infirmière ou que l'art infirmier est plus influent dans le développement et l'établissement d'une relation thérapeutique que le questionnaire en soi.

Ça se peut que non sur un certain niveau comme disons première visite là...si c'est tellement gênant, elle va se fermer, mais je pense que ça dépend vraiment du type de la personne, puis comment que tu (infirmière) introduis, puis comment tu (infirmière) prépares ta patiente à ça...mais vraiment l'orientation et l'entraînement de l'infirmier/l'infirmière, puis aussi comment confortable que l'infirmier/l'infirmière est à poser ces questions-là...c'est vraiment dépendant de ta (infirmier/infirmière) réaction...mais à un certain niveau c'est comme ça, si toi tu es confortable d'en parler, ça ne te gêne pas, eux autres ils ne le seront...ils vont être moins...(inf.1, p.31).

Encore, ça dépend de l'infirmière, ça dépend de la cliente. Moi, en tout les cas, jusqu'à date, j'ai eu de très bonnes relations avec les clients, que ce soit des jeunes ou des moins jeunes parce que je suis très ouverte, j'ai une facilitée de parler de sexualité et puis je pense que ça met les personnes comme très confortables, mais c'est peut être pas tout le monde qui est comme ça là (inf.2, p.16).

Ça dépend comment tu poses les questions, ça dépend de ton approche (inf.3, p.9).

Si j'étais pour avoir un dialogue avec une cliente sans questionnaire...on dirait que ça se déroulerait mieux que ces questions fermées-là (inf.4, p.11).

Ça dépend avec qui tu fais affaire. Il y a des infirmières qui sont plus ouvertes que d'autres, il y en a qui sont plus *friendly* que d'autres, il y en a qui vont établir des contacts pensant vraiment que les clients sont à l'aise, puis il y en a d'autres qui sont assis dans leur coin, puis ils ne bougent pas (inf.5, p.14).

...mais je ne pense pas que le questionnaire, ça aide pas toujours, c'est sûr que ça peut être une barrière dépendamment du niveau de confort de l'infirmière, puis comment elle s'y prend pour poser les questions...je pense que les questions n'ont rien avoir avec la relation thérapeutique, ça c'est l'infirmière qui décide de le faire ou pas... (inf.6, p.20).

Caractéristiques du questionnaire

Tous les informants ont une opinion par rapport au questionnaire utilisé au Centre de Santé-Sexualité pour la collecte des données. Les prochains extraits démontrent bien les caractéristiques du questionnaire tel qu'exprimé par les informants.

Questionnaire : invasif

L'informant 6 affirme que le questionnaire est très invasif, tout comme l'informant 7 d'ailleurs :

...peut être invasif un petit peu pour des gens qui à...qui c'est leur première expérience à venir dans une clinique tout ça (inf.6, p.8).

Je trouve que le questionnaire est très invasif (traduction libre) (inf.7, p.11).

Questionnaire : inutile

La plupart des informants jugent que certaines questions posées dans le questionnaire sont inutiles. Les informants 1 et 2 offrent la réplique suivante en ce qui concerne la question qui adresse le nombre total de partenaires dans une vie :

...comme je pense que la seule utilité est du point de vue case management peut être s'ils ont le VIH, mais on ne pourrait pas leur demander tantôt ça (inf.1, p.26).

La personne est là, elle vient nous voir, elle a un besoin présent et je ne pense pas que son passé sexuel devrait avoir un impact quand elle vient nous voir (inf.2, p.18).

Pour l'informant 4 :

...des fois, il y a des questions qu'on pose, puis tu te demandes pourquoi tu les poses...moi, je trouve que, des fois, ce n'est pas toujours approprié (inf.4, p.8).

Il offre l'exemple de la question suivante :

« Est-ce que tu penses être à risque d'une infection transmise sexuellement comme en ce moment », bien il te répond, puis tu continues, bien ça sert à rien si tu n'adresses pas ça (inf.4, p.8).

L'informant 7, suite à la question : « Comment décrivez-vous le questionnaire à la clinique ? », a répondu :

Inutile (traduction libre) (inf.7, p.6).

Pour les informants 5 et 6, l'utilité du questionnaire dépend du résultat du test du client, c'est-à-dire que les questions posées sont plus utiles lorsque le client a un test positif.

...je trouve que c'est super important que tout le monde remplis le questionnaire vraiment à la lettre parce que si c'est des cas positifs, nous autres (gestionnaires de cas) ça nous rend la vie tellement plus facile si c'est bien rempli...c'est certain que s'ils ont rien, non, on s'en sert pas plus qui faut, mais quand c'est des positifs, oui (inf.5, p.6).

...le questionnaire est modelé pour faire du suivi de clinique, c'est modelé pour faire quand il y a un cas positif. Disons, qu'il y a quelqu'un qui a la chlamydia, qu'elle soit adolescente, adulte, n'importe quoi, c'est fait pour aller chercher des questions d'épidémiologie, tu sais, pour qu'ils puissent remplir leurs trucs, leurs statistiques (inf.6, p.12).

Questionnaire : outil de surveillance

L'informant 4, quant à lui, décrit le questionnaire ainsi :

...c'est trop un questionnement, une investigation...un interrogatoire, oui (inf.4, p.9).

L'informant 6 considère le questionnaire comme étant un outil de surveillance :

...c'est vraiment arriver à des fins de statistiques, de voyeurisme, mais...jusqu'à un certain point parce que je me demande pourquoi on pose ces questions-là... (inf.6, p.27).

Questionnaire : outil de stigmatisation

Tous les informants interrogés croient que les questions posées dans le questionnaire suscitent des sentiments négatifs et que les questions posées sont souvent au détriment du client. Trois informants sur sept, soit les informants 4, 6 et 7, croient que le questionnaire est un outil de stigmatisation des personnes atteintes d'une ITS, c'est-à-dire que le questionnaire contribue en quelque sorte au stigmatisme ressenti par les personnes atteintes d'une ITS.

On stigmatise...ce n'est pas très invitant (inf.6, p.14).

...il y a plein de questions qui stigmatisent, qui contribuent, mais ça dépend comment les gens (infirmières) vont le dire... (inf.6, p.26).

Les informants donnent des exemples de questions qui suscitent des sentiments négatifs, dont le stigmatisme.

Il y a des questions qu'on demande à propos des partenaires sexuels, le nombre de partenaires sexuels dans les derniers trois mois ou dans la dernière année ou dans toute une vie, ça pas toujours d'importance, puis des fois, ça peut créer de la honte. Le nombre de partenaires, des fois, ça n'a pas d'importance et puis ça peut causer de la honte et des sentiments négatifs pour la cliente (inf.4, p.12).

Je crois que la question : « Avez-vous déjà eu une ITS dans le passé ? », engendre des sentiments de stigmatisme, d'embarras et d'inconfort (traduction libre) (inf.7, p.7).

« Est-ce que vous utilisez les condoms ? ». Même si la question est une question fermée, les gens ne répondent pas seulement par « oui » ou par « non », ils offrent également une justification : « Je le faisais avant », « Pas cette fois-ci », « C'était un accident », ou quelque chose du genre. La personne devient inconfortable physiquement, elle bouge et gigote (traduction libre) (inf.7, p.6).

Quoique les quatre autres informants n'affirment pas directement que le questionnaire soit un outil de stigmatisation en soi, ils croient fortement que le questionnaire suscite des sentiments négatifs chez le client, et ce surtout chez la cliente adolescente.

...tu vas voir, ils vont rougir, ils vont être comme : « A mon dieu », ils ont un petit, un petit rire nerveux (inf.1, p.28).

La gêne, oui. Des fois, ils en a qui viennent nous voir, mettons qu'ils ont eu des avortements, fais que là, c'est encore...ils se sentent coupables (inf.2, p. 18).

...le sexe anal, elles sont peut être un peu inconfortables (inf.2, p. 19).

...il y a des questions qu'on pose qui sont quand même gênantes-là. Moi, si j'étais une cliente, je serais un petit peu gênée de répondre aux questions qu'on pose à la clinique...dans le questionnaire (inf.3, p. 10).

...elles vont soit rire aux questions qu'on leur demande ou comme elles vont venir toutes rouges, embarrassées là... (inf.3, p.11).

Bien souvent, je veux dire, c'est sûr qu'elles vont être mal à l'aise, il y en a qui vont rire, il y en a qui vont être vraiment malaisées (inf.6, p.13).

Un informant suppose que le questionnaire représente un outil potentiel de stigmatisation capable d'engendrer des sentiments négatifs dépendamment de la perception du client à l'égard de la sexualité.

Je ne pense pas qui a rien dedans (le questionnaire) qui suscite de la honte parce que c'est tellement froid, puis neutre, c'est vraiment comment eux autres perçoivent ces actes-là (inf.1, p. 34).

Pour un autre informant, le questionnaire n'est pas du tout un outil de stigmatisation :

...les adolescentes, elles n'ont pas hontes, elles sont invincibles, puis surtout les jeunes d'aujourd'hui là, mais c'est plutôt de la crainte et puis de la peur (inf.5, p.17).

Questionnaire : diminution de l'utilisation des services

Les informants 6 et 7 croient que le questionnaire ou que les questions posées lors de la collecte des données découragent les clientes adolescentes à consulter les services de santé sexuelle.

Il y en a qui ne sont plus jamais retournés, puis j'ai déjà entendu des commentaires, tu sais, même entre jeunes : « J'ai entendu parler de votre questionnaire, qu'est-ce que vous demandez tout ça, puis je ne peux pas croire que vous demandez des questions comme ça »...ce n'est pas très invitant (inf.6, p.14).

Oui, tout à fait. Je trouve que le questionnaire est très invasif...oui, il perpétue la stigmatisation et il fait en sorte que les gens sont plus réticents à consulter les services disponibles pour subir les tests de dépistage des ITS (traduction libre) (inf.7, p. 11).

Deux informants ne croient pas que le questionnaire décourage les clientes adolescentes à consulter les services de santé sexuelle:

Je ne pense pas qu'il y a des questions qui sont offensives de cette façon-là, que les clientes ne reviendraient pas (inf.4, p.18).

Je ne pense pas que la collecte de données elle-même décourage le monde de revenir comme tel (inf.5, p.23).

Pour l'informant 1, 2, 3, 4 et 5, le questionnaire en soi ne décourage pas les clientes adolescentes à consulter les services de santé sexuelle, mais plutôt l'approche de l'infirmière.

Si elles se sentent stigmatisées pour une raison ou une autre, probablement comme si elles sentent que le dépistage (questionnaire) est vraiment trop en profondeur pour leur goût...comme oui, ça pourrait les empêcher, mais encore, je reviens, ça dépend de l'infirmière, puis comment elle a fait l'entrevue (inf.1, p.39).

Ça dépend de l'infirmière aussi, de l'infirmière qui va poser les questions, si c'est quelqu'un qui est tout fermé, puis qui n'a aucune personnalité (inf.3, p.15).

C'est certain qu'il y a aussi le comment que la collecte des données a été faite, je veux dire, si l'infirmière n'a pas eu d'interaction du tout avec la petite fille, puis il n'a rien de positif qui en est sorti, que c'est juste d'écrire *that's it, that's all*, on s'en va, bien là, peut être qu'elle ne sera pas intéressée plus qu'il le faut de venir là... (inf.5, p. 22).

L'informant 2 affirme même que :

Elles sont très...sont très reconnaissantes des services qu'on peut leur offrir justement (inf.2, p.22).

Toutefois, l'informant 2 croit qu'il existe d'autres facteurs, autre que le questionnaire, qui risquent de décourager les gens à accéder les services de santé sexuelle :

...qui sont gênés de venir à la clinique parce qu'ils ne veulent pas...parce qu'ils ne veulent pas être dans la salle d'attente avec ce monde-là ou cette population-là, parce qu'ils en a qui font référence des fois aux prostituées, aux droguées, puis ils ne veulent pas être avec eux-autres dans la même salle d'attente (inf.2, p.5).

...juste parce qu'on a le mot clinique santé-sexualité, juste le mot sexualité qui fait que les gens ont comme... (inf.2, p.6).

4.1.3 L'infirmière

Infirmière : outil de stigmatisation

Les informants 4, 6 et 7 croient fortement que le questionnaire est un outil de stigmatisation, tel que mentionné ci-haut, mais supposent également que l'infirmière représente un outil de stigmatisation. L'informant 1 corrobore aussi ce point de vue.

...il (le questionnaire) est pas mal sans stigmat, mais ça va dépendre de comment l'infirmière ou l'infirmier le présente, puis pose la question, puis comment son body langage est. Tu sais parce que ce n'est pas...le seul outil, ce n'est pas juste le questionnaire, c'est la personne qui le fait, tu sais. Fais que, je pense que de ce point de vue là, oui (ça stigmatise) (inf.1, p.38).

Je pense que, malheureusement, les infirmières sont un facteur contribuant à la stigmatisation (inf.6, p.25).

Six informants sur sept croient que l'infirmière joue un rôle important dans l'étape de la collecte des données, soit l'utilisation du questionnaire. Tous les informants croient que l'infirmière doit adapter le questionnaire selon les besoins du client pour maximiser son efficacité.

Je fais la base pour que ce soit uniforme pour tout le monde, mais je suis quand même les besoins de tout le monde...ça va être tout différent, ça varie quand même beaucoup (inf.1, p.39).

Je l'utilise peut être à ma propre façon parce que ça fait quand même tellement longtemps que je l'utilise, je connais à peu près les questions, je ne le suis pas à la lettre-là, mais je l'utilise (inf.5, p.6).

Rôle infirmier : adaptation du questionnaire

Malgré de le fait que tous les informants sont en accord que le questionnaire doit être adapté selon les besoins immédiats du client, la plupart des informants précisent que les infirmières sont obligées de poser toutes les questions du questionnaire par crainte de représailles ou de mesures disciplinaires.

C'est certain qu'il faut que tu suives le questionnaire (inf.2, p.16).

On n'a pas le choix de demander ces questions-là (inf.2, p.17).

C'est ça, puis c'est ça...puis il faut le faire de même, puis si tu n'as pas rempli les questions, tu n'as pas fait ta job (inf.4, p.20).

Donc, souvent les pressions viennent des gestionnaires de cas...on a besoin de ça pour remplir, tu sais, notre base de données tandis que ça n'a rien à avoir avec la clientèle, ce n'est pas pour l'aider, c'est pour aider aux statistiques, puis de rentrer tout ça (inf.6, p.12).

L'informant 7 témoigne même une expérience personnelle, c'est-à-dire les conséquences qu'il a dû subir, suite à son choix de ne pas poser certaines questions, qu'il juge complètement inutiles :

Je demande certaines questions seulement pour éviter les critiques que j'ai dû endurer dans le passé (traduction libre) (inf.7, p.7).

Les informants 6 et 7 affirment que les pressions sont issues de différentes sources, soient l'infirmière de triage, les gestionnaires de cas (tel qu'illustré ci-haut) ou le superviseur des services cliniques.

...(le devoir de poser toutes les questions) a été mandaté par les superviseurs, que ce soit l'infirmière du triage ou le superviseur des services cliniques. Si ce n'était pas pour me rendre la vie plus facile, je ne poserais aucune question (traduction libre) (inf.7, p.7).

4.2 Les facteurs contributifs à la stigmatisation

La deuxième catégorie identifiée est celle des facteurs d'influence ou contribuant au processus social dominant à l'étude, soit la construction de l'identité des clientes adolescentes consultant pour des tests de dépistage d'ITS par une infirmière. Le savoir, le savoir-faire et le savoir-être de l'infirmière sont inévitablement influencés par les facteurs d'influence ou contribuant, soit de façon positive ou négative. La deuxième catégorie est très vaste, elle a donc été divisée en sous-catégories pour faciliter l'analyse des données. Les sous-catégories sont les suivantes : les connaissances de l'infirmière, les valeurs personnelles et professionnelles de l'infirmière, les caractéristiques de la cliente adolescente et la nature de la maladie.

4.2.1 Les connaissances de l'infirmière

Les connaissances empiriques, théoriques et éthiques de l'infirmière est une sous-catégorie qui influence le savoir, le savoir-faire et le savoir-être de l'infirmière.

Je lis les journaux comme le Citizen, Le Droit pour voir s'il y a des nouvelles sur n'importe quoi santé-sexualité, n'importe quoi VIH, n'importe quoi d'autres qu'on fait en terme de...qu'on fait à la clinique comme l'échange des seringues, des affaires de même...je fais beaucoup, beaucoup de lectures pour juste me rattraper sur mes connaissances (inf.1, p.6).

Je vais créer des ressources pour toute la clinique, donc tu sais des *quick* références pour que les autres infirmières, si elles ont besoin de savoir de quoi, c'est dans un cartable à la ligne d'info, des affaires de même (inf.1, p.7).

Selon l'informant 7, la recherche, qui s'ajoute au corps de connaissances des infirmières, contribue au stigmate en lien avec les ITS :

La recherche nous aide à identifier les personnes qui doivent se faire tester, mais la recherche-nous dit également qui doit être évité (traduction libre) (inf.7, p.10).

4.2.2 Les valeurs personnelles de l'infirmière

Les valeurs personnelles de l'infirmière est une sous-catégorie très importante. Les valeurs personnelles de l'infirmière diffèrent des valeurs du client, des valeurs des collègues et des valeurs de la santé publique. La plupart des informants réalisent que leurs valeurs personnelles affectent, de façon directe ou indirecte, la prestation des services offerts, soit la pratique infirmière.

Tu es supposée comme infirmière de ne pas juger jamais, mais je suis une personne, tu sais, je suis humaine, c'est normale, tu vas voir des affaires qui sont : « *Oh my god* » (inf.1, p.25).

Bien, bien, je pense qu'on a tous des préjugés, puis on va tous les faire voir différemment, c'est sûr qu'on vit avec notre expérience personnelle, puis notre expérience à la clinique. Fais que, le plus d'années que tu demeures dans une clinique, le plus que tu développes des préjugés, malgré toi parce que tu commences à l'appliquer à tout le monde (inf.6, p.17-18).

Les informants 1 et 6 ajoutent également que certaines infirmières portent un jugement sur la clientèle au Centre de Santé-Sexualité et que leur jugement est très transparent, autant pour les collègues que pour la clientèle elle-même :

Mais je pense...certains de mes collègues, même ceux qui ne travaillent plus là, qui sont retirés, des fois, ils faisaient des *statements* qui étaient un petit peu comme...qui faisaient comme un jugement, puis là ça pouvait fermer la porte thérapeutique (inf.1, p.32).

C'est assez transparent ce que l'infirmière peut vivre là (inf.6, p.9).

L'informant 6 croit aussi que les notes infirmières peuvent être teintées de jugement:

Puis tu lis les notes infirmières de l'infirmière auparavant, déjà tu as un jugement qui se fait assez rapidement, même si peut être ça n'a aucun rapport avec vraiment la situation (inf.6, p.16).

Les prochains extraits de témoignages démontrent bien l'impact des préjugés sur la qualité des soins offerts :

Mais je sais qu'il y a certaines infirmières qu'on peut lire leur préjugés à 100 000 à l'heure, puis elles sont assez rapides aussi, ce n'est pas quelque chose de réfléchi, puis c'est quelque chose que, qui transparait assez rapidement, puis la cliente va le sentir parce qu'on a déjà eu du feedback de : « Je ne veux plus avoir telle infirmière, je ne me suis pas senti bien à lui parler » (inf.6, p.18).

...puis au niveau des jugements, tu sais des... comme je pense qu'il y a des gens qui sont vite lorsqu'ils savent combien de

partenaires...automatiquement, ça devient une personne à risque élevé et tout ça, il y a des...donc, je pense que le questionnaire peut être au détriment de la clientèle des fois parce que si elle ne donnait pas toutes ces informations-là, elle aurait des services différents que si elle divulguait l'information...donc, je pense que les gens y gagnent souvent à ne pas donner toutes les informations pour avoir de meilleurs services, tu sais, c'est triste à dire, mais je veux dire parce que les préjugés bien, c'est ce qui va...puis ça reste dans le dossier...une fois qu'elle a été étiquetée, ça peut rester drôlement longtemps, tu sais avant que de changer ces perceptions... (inf.6, p.16 ; p.18-19).

Les informants 1 et 4 ont également partagé des expériences personnelles où ils ont été témoins de préjugés envers la clientèle:

Elle (l'infirmière) disait : « On ne recommande vraiment pas ça le sexe anal parce que c'est dangereux » (inf.1, p.32).

Puis, aussi si l'infirmière elle a des préjugés...l'infirmier ou l'infirmière...souvent j'entends des commentaires qui ne sont pas tellement appropriés. « C'est une cliente qui revient pour, tu sais, la pilule du lendemain, pourquoi qu'elle n'est pas capable de, je ne sais pas, de faire ci, de faire ça » ou « Bien, il a eu la syphilis-là, pourquoi qui ne se protège pas avec du sexe oral » (inf.4, p.18).

Malgré le fait que la plupart des informants réalisent que leurs valeurs personnelles, y inclus leurs préjugés, affectent la prestation des soins, la plupart croient être en mesure de bien les filtrer pour offrir des soins neutres. L'informant 1 répond à la question suivante : « Vous pensez être en mesure de filtrer vos propres opinions pour donner des soins neutres ? » :

Oui, oui, oui. Oui, oui, oui, ça je suis capable (inf.1, p.25).

Il ajoute également :

Le jour que je ne vais pas être capable, je le dis : « Je le ferai pas », comme il y en a des patients comme, tu sais comme, ceux que ça fait 15 fois que je leur ai parlé, puis ça ne rentre pas, je vais dire : « Je ne peux pas la voir celle-là parce qu'on a trop...des antécédents ensemble, puis ça ne fonctionne pas, j'ai trop peur que je vais lui arracher la face ou que je vais faire un commentaire qui n'est pas correct, puis qui va briser la relation thérapeutique (inf.1, p.25).

Il n'y a rien qui teinte comment que je deal avec eux autres parce que, tu sais, je ne sais pas ce qui se passe dans le reste de leur vie, puis comment que la relation se déroule, puis ce n'est pas ma job de juger, ça ne change rien de leur santé, moi, je suis juste là pour m'assurer qu'ils sont corrects, puis de les rassurer au besoin, puis de les éduquer, tu sais (inf.1, p.33).

Pour l'informant 4 :

Moi, je pense que je suis capable de mettre le filtre à ça (inf.4, p.19).

Pour l'informant 5 :

Nos croyances, puis nos...il faut que ça reste chez nous quand on arrive à l'ouvrage parce qu'on deal avec ça à la journée longue, puis s'il faut qu'on commence à prêcher, puis à stigmatiser les jeunes parce qu'ils ont eu tel nombre de...la chlamydia, le message ne passe pas là, ce n'est pas comme ça qu'on va gagner à faire de la prévention si on commence à les juger plus que d'autres choses (inf. 5, p.20).

Malgré le fait que certains informants croient être en mesure de filtrer leurs propres préjugés pour offrir des soins neutres, certains informants n'hésitent pas de les verbaliser lors de l'entrevue :

Des partenaires, tu sais, comme : « A oui, j'ai eu 12 dans les derniers trois mois ». Tu sais, moi, je ne fais jamais d'expressions faciales, mais dans ma tête, je suis comme : « *Oh my god* », puis aussi quand le leur demande comme l'utilisation du condom, puis ils me disent : « Jamais », ou « Des fois », ou « Jamais avec du sexe oral », bien...puis là ils disent : « Oui, je n'ai aucun risque », tu es comme : « Ok », comme c'est quoi leur niveau de connaissances ou est-ce qu'ils sans foutent...(inf.1, p.13).

Tu sais, des fois, ça va s'adonner comme j'ai un dossier en avant de moi, puis je lui ai parlé cinq fois à cette fille-là de la contraception, puis de ne pas utiliser la pilule du lendemain comme si c'était une méthode de contraception, puis on l'a revu le condom. « Pourquoi qu'elle revient tout le temps pour la même affaire, je vais la tuer », tu sais, quand il te regarde-là, puis tu vois que les deux neurones ne se frottent pas ensemble là (inf.1, p. 23-24).

Qu'est-ce qui est le fun à la ligne (Ligne d'info SIDA/Santé-Sexualité), c'est qu'au moins ils ne me voient pas la face, fais que là, je peux rouler mes yeux autant que je veux, faire des commentaires, mais, mais tu sais, ils ne le seront pas, tu sais ma voix reste calme, puis gentille... (inf.1, p.26).

« Tu ne devrais vraiment pas donner des *blowjobs* à tous les gars du MingleWoods », mais tu sais, voir comme 10 partenaires dans les derniers trois mois, tu sais, ça paraît « petasse »... (inf.1, p.34).

L'informant 4 craint les conséquences des préjugés infirmiers sur la clientèle desservie au

Centre de Santé-Sexualité :

Comme les clients vont s'en apercevoir, puis ils vont peut être rien dire, puis ils vont laisser passer, puis peut être qu'ils ne vont pas revenir parce qu'ils se sont senti jugés (inf.4, p.19).

Pour l'informant 1 :

Tu sais, peut être ça les a choqué, mais ils n'ont rien dit, puis ils ne reviendront plus jamais, tu sais (inf.1, p.33).

4.2.3 Les valeurs professionnelles de l'infirmière

Les valeurs professionnelles de l'infirmière est une sous-catégorie qui influence beaucoup la pratique de l'infirmière. La plupart des informants croient que l'infirmière, ou que l'approche de l'infirmière, joue un rôle déterminant dans l'expérience des clients au Centre de Santé-Sexualité. Cinq informants sur sept apprécient le contact direct avec le client qui consulte pour des tests de dépistage d'ITS, c'est-à-dire le considère comme étant un incitatif de travail.

C'est tout simplement de travailler face-à-face, d'avoir un contact un à un avec les clients, moi j'adore ça (inf.2, p.9).

J'aime que c'est un à un, un contact un à un (inf.4, p.6).

C'est de créer un lien avec la clientèle (inf.6, p.7).

Les informants 2, 5 et 6 croient fortement que le premier contact avec le client est crucial pour le succès de la visite.

C'est le rôle de l'infirmière de mettre les clients confortables, puis oui, je dirais que le rôle de l'infirmière à l'entrevue c'est super, super important (inf.2, p.9).

Fais que, oui, c'est sûr que la première fois que tu parles pendant une demie heure de temps, c'est elle qui...qui va mettre le tempo pour comment tu te sens à l'aise on non dans l'entrevue (inf.5, p.12).

C'est là où, je pense la partie la plus importante de mon rôle, c'est dans l'entrevue parce que c'est là que tu évalues les besoins du client, qu'est-ce qui veut puis tout ça, puis tu peux mieux essayer de l'aider, puis de l'informer, puis de faire de l'enseignement parce que les autres rôles sont plus rapides...mais ça, je pense que c'est le rôle clé (inf.6, p.4).

Plusieurs attribuent le succès ou l'échec de la visite à l'approche de l'infirmière, c'est-à-dire que la qualité de la visite au Centre de Santé-Sexualité est fortement influencée par l'infirmière. Pour les informants 2 et 5, le succès de la visite dépend en grande partie de l'habileté de l'infirmière à rendre le client confortable lors de l'entrevue :

Il faut que l'infirmière soit confortable aussi de parler de sexualité, puis c'est ça qui est super important, puis moi, je suis super confortable d'en parler, bien ça fait des années que j'en parle, donc j'ai quand même un certain confort, puis je ressens que les clients et les clientes sont aussi confortables (inf.2, p.7).

Si l'infirmière met la jeune fille à l'aise, que tu utilises un langage qu'elle va comprendre, puis que tu te mets vraiment à son niveau, que tu n'as pas l'air

d'une petite madame dans les airs...les questions vont venir toutes seules, puis elle va s'ouvrir...j'essaie de me mettre à leur niveau, puis je n'ai jamais eu de problèmes comme tels. Fais que, je pense que c'est plutôt l'attitude que l'infirmière va prendre plutôt que le long questionnaire... (inf.5, p.11).

Tous les informants affirment que l'infirmière est responsable d'adapter le questionnaire selon les besoins du client, sauf que la plupart, à l'exception de trois, posent toutes les questions dans le questionnaire, peu importe les besoins du client, par crainte de représailles ou de mesures disciplinaires.

On n'a pas le choix de demander ces questions-là (inf.2, p.17).

Pour certains informants, l'adaptation du questionnaire fait référence au style de l'infirmière, c'est-à-dire la façon dont les questions sont posées.

Mais quand tu as plus d'expérience, tu peux jouer un petit peu ou bien...bien jouer, c'est une façon de parler, tu peux comme un peu détourner pour, tu sais, comme....pour aller chercher la réponse que tu veux (inf.2, p.17).

Je l'utilise peut être à ma propre façon parce que ça fait quand même tellement longtemps que je l'utilise, je connais à peu près les questions, je ne le suis pas à la lettre-là, mais je l'utilise (inf.5, p.6).

Pour trois informants, l'adaptation du questionnaire fait référence au choix conscient d'omettre certaines questions. Trois informants sur sept remarquent la rigidité du système, soit la rigidité du dispositif de santé publique, et ils manifestent de la résistance. Certain(e)s infirmier(ère)s refusent de poser certaines questions par souci de contribuer au stigmatisme en lien avec les ITS.

Non, c'est plutôt pour guider la conversation. Là, puisque je suis débutant, tu sais, je le fais aussi complet que je peux, mais disons qu'avec l'expérience, je pense que certaines questions des fois que...tu sais, avec mon jugement clinique, je vais probablement laisser faire avec certains clients (inf.4, p.17).

Moi, je pense que c'est un outil, mais ça ce n'est pas vu par tout le monde. Il y en a qui voudrait qu'on réponde à toutes les petites coches, toutes les questions tout ça, même si c'est carrément inutile pour la visite, mais ça c'est le jugement infirmier qui rentre en ligne de compte, donc, moi, c'est quelque chose que je n'applique pas si ce n'est pas nécessaire, mais je sais que...ce qui demande en clinique...souvent on va être vu comme si on n'était pas efficace si on n'a pas rempli toutes les petites questions qui sont, des fois, comme pas nécessaires pour que le client soit vu, tu sais, pour les raisons de la visite. Donc, je pense que c'est quelque chose qui voudrait bien, mais je pense que c'est d'utiliser le jugement infirmier, puis qu'on peut faire une note infirmière carrément sans poser toutes les questions, puis que

ça peut englober...mais le questionnaire est de base, c'est la note infirmière, c'est ce qui construit la note infirmière...(inf.6, p.10).

Mais, moi, personnellement, je pourrais sauter presque la moitié de ce...de cette entrevue...de ce questionnaire, oui, oui, qu'ils (les questions) ne sont absolument pas nécessaires, selon moi (inf.6, p.14).

Je ne suis pas le questionnaire à la lettre. Je pose les questions que je juge pertinente pour la situation (traduction libre) (inf.7, p.4).

Six informants croient que l'infirmière est également responsable pour l'établissement d'une relation de confiance, ou thérapeutique, avec le client.

Il faut que tu établisses une relation de confiance avec ton client, si tu n'as pas ça bien, ça va faire que ...tu vas complètement passer à côté du besoin de la cliente-là (inf.3, p.9).

La relation thérapeutique ça va vraiment avec l'infirmière (inf.4, p.11).

C'est le contact avec la personne, puis comment on s'y prend pour faire le counselling, comment est-ce qu'on met la personne à l'aise, comment est-ce qu'on...ce n'est pas les questions, des fois, qu'on pose, mais c'est comment on les pose, puis comment est-ce qu'on interagit avec la personne, comment on les fait sentir (inf.6, p.20).

Les informants 1, 2 et 6 dénoncent également la discontinuité des soins au Centre de Santé-Sexualité comme étant un facteur affectant la qualité de la visite pour un client. Les informants 1, 2 et 6, suite à la question : « Est-ce que l'infirmière du traitement est la même que l'infirmière de l'entrevue ou le client voit deux infirmières différentes ? », répondent :

Habituellement c'est deux infirmières différentes... (inf.1, p.21).

Non. « A mon dieu », il peut voir une infirmière à l'entrevue, une infirmière différente dans la salle d'examen, ça peut être une infirmière différente au laboratoire, puis une autre infirmière au traitement. Fais que, ça peut être, mettons, quatre infirmières (inf.2, p.23).

Comme moi, je trouve que l'infirmière peut faire beaucoup plus de rôles diversifiés avec un client, puis qu'il n'ait pas besoin de changer d'infirmière, tu sais, 3 ou 4 fois pendant une visite (inf.6, p.8).

L'informant 2 ajoute que la continuité des soins serait l'approche préférable pour la dispensation des soins au Centre de Santé-Sexualité pour les besoins du client:

C'est sûr que tu établis une relation, une relation comme client-infirmière, une relation thérapeutique. Oui, c'est certain que c'est ça qui est mieux pour le confort de la cliente (inf.2, p.24).

Trois informants ont mentionné l'humour comme moyen d'apaiser le client lors d'une visite au Centre de Santé-Sexualité.

« Tu sais que tu devrais utiliser les condoms ? », tu sais, moi, je tourne ça toujours comme en *joke*, comme : « Le sais-tu ? Oui ? Non ? Veux-tu en parler ? », « Non », « Ok » (inf.1, p.35).

Je vais poser les questions pas en *joke*, mais plus de forme non sérieuse, non...ouvertes... (inf.3, p.10).

J'essaie de mettre ça assez quand même...pas trop sévère, pas trop stricte, j'essaie de mettre un peu d'humour là-dedans aussi là, dans la mesure du possible, ou...bon, de l'empathie, dépendant de ce que ça demande... (inf.5, p.16).

4.2.4 Les caractéristiques de la cliente adolescente

La plupart des informants interrogés ont admis que l'infirmière est consciente des caractéristiques individuelles des clients et que les caractéristiques des clients, et plus particulièrement des clientes adolescentes, influencent la qualité des soins prodigués. Les caractéristiques susceptibles d'influencer la qualité des soins prodigués sont : le sexe de la personne (homme ou femme), l'orientation sexuelle de la personne (homosexualité, lesbianisme, etc.), le niveau d'éducation de la personne, le bagage culturel de la personne et l'apparence physique ou l'habillement de la personne.

D'abord, le sexe de la personne est un facteur d'influence très important. Le sexe de la personne signifie les différences physiques distinguant les hommes et les femmes, comme par exemple les organes génitaux. Quoique les informants mentionnent également les différences de genre entre les deux sexes, soient les différences non anatomiques distinguant les hommes et les femmes, celles-ci seront abordées dans la troisième catégorie, la catégorie centrale. Selon les informants, l'infirmière est consciente des différences entre les hommes et les femmes en matière de sexualité.

L'orientation sexuelle de la personne est un autre facteur d'influence très important. L'orientation sexuelle fait référence à l'objet des désirs amoureux ou érotiques d'une personne. Il existe trois grandes classes d'orientation sexuelle, souvent classées en fonction du sexe du ou des partenaires souhaités : l'hétérosexualité, l'homosexualité et la bisexualité. Pour l'informant 1, l'orientation sexuelle est un facteur d'influence très influent.

Puis on a aussi juste des attentes différentes de quelqu'un qui est straight, de quelqu'un qui est gai ou qui est entre les deux, qui est lesbienne ou qui est entre les deux, c'est tout bien différent (inf.1, p.16).

Pour l'informant 4, l'orientation sexuelle de la personne influence le niveau d'enseignement :

Comme, disons si j'ai un homme qui à des rapports sexuels avec des hommes (HRSDH), il n'y a pas grand enseignement à faire à part que, tu sais, utiliser le condom (inf.4, p.4).

Pour les informants 4, 6 et 7, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes sont plus souvent victimes du stigmatisme en lien avec les ITS.

Des fois, dans un groupe masculin homosexuel, il va en avoir des gens qui sont peut être plus victimes ou qui vont se sentir plus victimes (inf.4, p.15).

L'informant 7 corrobore l'opinion de l'informant 4, en ajoutant :

Surtout, les hommes homosexuels ou les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HRSDH)...surtout de la perspective de la santé publique, ils sont vus comme étant les vecteurs des ITS ; ils sont traités comme des matériaux dangereux et il faut les tester de tous les orifices possibles pour augmenter la surveillance de cette population-là (traduction libre) (inf.7, p.9).

Plus de tests sont fait sur les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes que sur les femmes qui ont des rapports sexuels avec des hommes pour des raisons que j'ignore (traduction libre) (inf.7, p.9).

L'informant 6 répond à la question suivante : « Est-ce que vous croyez qu'une population en particulier est plus victime de ce stigmatisme-là qu'une autre ? » :

Bien oui, je pense que tout ce qui est communautés gaies, je pense qu'on...même si on voit beaucoup comme...qu'il y a certaines ITS, comme la syphilis tout ça, qui se retrouvent beaucoup plus dans cette communauté-là, de part leurs pratiques sexuelles (inf.6, p.24).

Pour l'informant 1, le niveau d'éducation de la personne est un facteur d'influence de deux façons. D'abord, le niveau d'éducation de la personne affecte le bagage de connaissances de la personne en question. En d'autres mots, une personne éduquée possède plus de connaissances et possède les qualités nécessaires pour découvrir de nouvelles connaissances véritables.

Mais, c'est vrai que quand tu vas sur l'Internet, chez quelqu'un qui n'a pas...qui n'est pas internet savy, comme on dirait en anglais, ou qu'il n'a pas une éducation poussée, tu sais comme disons à l'Université ou tu es habitué à faire de la recherche puis tout ça, tu ne sais pas où est-ce qu'ils vont chercher ça, tu sais, s'ils vont chercher soit sur des sites qui sont

homemades, ou que le site qui est fait...c'est fait par une compagnie pharmaceutique qui a, tu sais un *stake*...(inf.1, p.15).

Par la suite, le niveau d'éducation affecte la perception de la sexualité de la personne et aussi la perception du risque d'être atteint d'une ITS de la personne :

Comme s'ils ont eu des bonnes expériences, de l'éducation, puis le sexe n'est pas sale, puis ils savent qu'ils peuvent aller quelque part, puis ne sont pas jugés, leur façon de dealer avec moi, puis la visite, puis leur perception des soins, puis juste de leur santé sexuelle pourrait être bien différente...(inf.1, p.17).

Pour l'informant 1, le bagage culturel peut aussi influencer la perception de la sexualité de la personne :

...qui viennent de différentes ethnies, où est-ce que le sexe est sale, puis oui comme, chez la fille c'est sale, elles ne sont pas supposées, mais les gars, tu sais, c'est attendu que faut tu ailles de l'expérience, des affaires de même (inf.1, p.16).

Deux informants ont soulevé l'apparence physique ou l'habillement de la personne comme étant un facteur d'influence important. Pour l'informant 1 :

...parce que tu sais, l'apparence, c'est la première chose que tu vois, puis là, tu sais, ils vont te jaser, puis tu es comme « Oh my god, je n'aurais jamais pensé », tu sais, que ce gars-là n'est pas out ou que cette fille-là est super active, que cette fille-là n'est pas active du tout, des affaires de même... (inf.1, p.17).

Mon cerveau a fait une opinion déjà de la personne quand je l'ai vu sans que je lui parle, mais ce n'est pas quelque chose que je tiens comme à cœur, fais que ça s'en va assez vite, tu sais, c'est juste comme : « C'est surprenant, puis *that's it* » (inf.1, p.17).

Pour l'informant 5 :

On juge beaucoup les jeunes de la manière qui s'habillent, de la manière qui se présentent, puis une petite fille qui rentre à la clinique avec un petit décolleté, puis des petites shorts courtes, puis des petites sandales, c'est certain qu'on va...bon, en tout les cas, moi, je suis mère, fais qu'on, je me dis : « Elle court après le trouble celle-là, elle doit en passer un, puis un autre » (inf.5, p.21).

« Tu as dont l'air facile, tu dégages comme si tu pourrais coucher avec n'importe qui ». Peut être pas, je sais qu'il ne faut pas se fier aux apparences, mais, d'après moi, les apparences s'est beaucoup, je veux dire... (inf.5, p.22).

4.2.5 La nature de la maladie

La plupart des gens croient que la sexualité est une dimension saine et normale de la vie. Malgré une ouverture d'esprit apparente sur la sexualité en générale, tout ce qui concerne la vie sexuelle privée, y compris l'acquisition d'une ITS, demeure encore tabou. La plupart des informants croient que la sexualité et, tout particulièrement que les ITS, sont des sujets très privés dans la société.

Ce n'est pas un sujet (sexualité) qui est facile, c'est gênant. Ça peut être gênant soit pour l'infirmière et puis c'est certain que c'est gênant pour la cliente, c'est sûr là (inf.2, p.16).

La sexualité comme telle c'est quand même tabou, y compris les ITS (inf.2, p.20).

Bien, je pense que c'est quelque chose...en partant, c'est privé. Il y a aussi le fait que dans la société ce n'est pas quelque chose à qui on parle, tu sais, en détail comme ça (inf.6, p.23).

...la sexualité est un sujet très tabou dans la culture occidentale (traduction libre) (inf.7, p.11).

Toutefois, l'informant 5 ne partage pas la même opinion que les informants 2, 6 et 7 :

Le sexe pour les jeunes d'aujourd'hui, ça n'a pas la même signification que dans mon temps, tu sais, c'est un jeu pour eux autres, tu sais, puis...celle que moi j'ai vu, ça n'a jamais été...elles n'ont pas honte de ça...dans la génération plus jeune, je ne penserais pas que c'est tabou, c'est vu comme plutôt...bon...il y a plusieurs contacts sexuels, puis il s'est fait avoir à un moment donné, mais pas tabou, d'après moi, je peux me tromper là (inf.5, p.18-19).

La plupart des informants considèrent les ITS et surtout les personnes atteintes d'une ITS comme étant...

Pour l'informant 2 :

Bien, c'est comme encore vu comme des...c'est comme tabou, c'est comme dégueulasse, c'est comme c'est sale. « J'ai attrapé des bibittes, c'est dégueu » (inf.2, p.20).

Pour l'informant 3 :

On les stigmatise, bien pas nous en tant qu'employé à la clinique, mais en général dans la société, je trouve que...qu'on stigmatise les gens atteints d'une infection transmise sexuellement (inf.3, p.13).

Pour l'informant 6 :

On a beau lui dire...que les gens sont ouverts, tout ça, du moment que ce n'est pas dans leur jardin, puis que ce n'est pas dans leurs plates-de-bandes-là, c'est parfait, mais d'une fois que c'est près de la maison, ce n'est plus la même chose. Si leur partenaire, si c'est lui qui a la chlamydia ça peut être un drame assez grand, si c'est l'ami, c'est moins grave, si c'est quelqu'un d'autre, c'est encore moins grave. Donc, c'est quand ça se rapproche de la personne (inf.6, p.23).

Voici quelques extraits très intéressants qui représentent bien les perceptions des gens en ce qui à trait aux personnes atteintes d'une ITS:

Quelqu'un qui a une infection transmise sexuellement, on va penser qui sont des sales...des gens qui ne se respectent pas en tant que personne, qui vont...qui ne respectent pas leur corps (inf.3, p.13)

Les quatre prochains extraits tracent un lien explicite entre l'acquisition d'une ITS et le nombre de partenaires sexuels :

Oui, oui parce que quand tu as une ITS que ce soit les condylomes, que ce soit l'herpès, que ce soit la chlamydia, bien là c'est parce que tu as des bibittes, tu es sale, tu es ci, tu es ça. Tu as couraillé, tu as bien des partenaires. C'est certain que c'est encore tabou (inf.2, p.20).

Que quelqu'un qui est atteint du VIH, de la chlamydia, n'importe quelle, gonorrhée, que c'est des gens qui couchent avec n'importe qui, n'importe quand (inf.3, p.13).

« Moi, je connais quelqu'un qui a l'herpès, puis ça c'est une...quelqu'un qui a beaucoup de...avec d'autre monde ou une *slut* ou des choses comme ça » (inf.4, p.15).

Il y a des gens qui vont associer ITS avec le nombre de partenaires (inf.6, p.24).

Pour l'informant 4, les personnes atteintes d'une ITS ne sont pas toujours victimes de stigmatisation. Voici son explication :

S'ils sont toujours stigmatisés, pas nécessairement. Ça dépend comme de l'entourage, je pense ou comment la personne prend ça (inf.4, p.14).

Pour l'informant 1, 4, 6 et 7, le stigmate en lien avec les ITS est directement relié à la nature de la maladie. Les informants mentionnent le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'herpès simplex (VHS) et le virus du papillome humain (VPH) comme étant des ITS très stigmatisées.

La plus grosse peur...c'est toujours le VIH. On dirait que...c'est très rare, tu sais comme, des fois, ça va être de l'herpès. Le deuxième, c'est l'herpès. C'est toujours des affaires là que...où il n'y a pas de guérison...(inf.1, p.15).

Certains clients ressentent de la honte même avant d'avoir les résultats :
« J'espère que je n'ai pas l'herpès, puis j'ai ça pour la vie moi » (inf.4, p.15).

Quand on pense à l'herpès, le VIH tout ça, les gens sont horrifiés-là, tu sais, même l'herpès, il y a tellement là de...tu sais, c'est vraiment...puis, c'est commun, commun, mais c'est pour ça que personne en parle...quand tu vois les réactions des gens, tu te dis : « Mon dieu » (inf.6, p.24).

L'informant 7 supporte l'opinion des informants 1, 4 et 6, mais ajoute une autre explication, celle que certaines ITS marquent les organes génitaux de façon permanente :

Le virus de l'herpès est probablement le pire. Même nous, en tant qu'infirmière, lorsqu'on doit donner (ou transmettre) un diagnostic d'herpès génital, on sait que la personne va avoir besoin beaucoup de counselling parce que la personne va être très bouleversée et elle posera beaucoup de questions dont « Comment est-ce que je vais rejoindre la société normale maintenant que j'ai une marque génitale ? »...les ITS non traitables sont perçues comme étant subséquentes à un acte d'immoralité, d'une prise de décisions erronées et non juste une marque sur la peau, mais bien une réflexion du caractère de la personne atteinte (traduction libre) (inf.7, p.8).

4.3 La construction de l'identité de la cliente adolescente

La troisième catégorie, la catégorie finale, est la construction de l'identité de la cliente adolescente par l'infirmière. La catégorie finale est également la catégorie centrale qui représente le siège du processus social dominant. Dans la présente étude, le processus social dominant est la construction de l'identité de la cliente adolescente consultant les services de santé sexuelle pour des tests de dépistage d'ITS. L'infirmière, soit l'acteur principal dans le processus social dominant, sous l'influence de plusieurs facteurs, tel qu'illustré dans la catégorie précédente, utilise le questionnaire pour obtenir de l'information sur la santé sexuelle de la cliente adolescente. Une fois l'input recueilli, l'infirmière construit donc l'identité de la cliente adolescente.

4.3.1 Les différences genrées en matière de santé sexuelle

Dans la catégorie précédente, soit celle des facteurs d'influence ou contribuant, le sexe de la personne a été identifié comme étant un facteur d'influence important sur l'infirmière. Le genre de la personne, soit les différences non anatomiques distinguant les hommes entre les femmes, est également un facteur d'influence important. La plupart des

informants sont conscients des différences de genre en matière de sexualité, y compris les ITS.

L'informant 1, suite à la question : « Penses-tu que les hommes et les femmes vivent la même sexualité ? », a répondu :

Non, je ne pense pas, du tout, non parce qu'on a des attentes par rapport aux femmes qui sont très différentes chez...pour un homme (inf.1, p.16).

L'informant 2, quant à elle, corrobore l'idée de l'informant 1, mais ajoute :

Ça toujours été axé sur la femme je trouve, la sexualité est beaucoup plus axée sur la femme que sur l'homme. Fais qu'encore –là, les ITS c'est encore plus... (inf.2, p.21).

Suite à la réponse de l'informant 2, la chercheuse à poser la question suivante : « Est- ce que vous voulez dire que les ITS sont souvent la responsabilité de la femme, bien que les perceptions sont que les ITS sont souvent la responsabilité de la femme, que la femme est le vecteur de ces maladies-là ? », l'informant a répondu :

Oui, oui, c'est certain, oui, oui (inf.21).

L'informant offre un exemple :

J'ai déjà entendu des hommes dirent : « Bien, voyons donc, je ne pensais pas qu'on pouvait avoir la chlamydia, je pensais que c'était une maladie de femme. Je ne pensais pas qu'on pouvait avoir la gonorrhée, je pensais que c'était une maladie de femme » (inf.1, p.20).

4.3.2 La vulnérabilité de la population adolescente féminine

Quatre informants sur sept croient que les femmes sont davantage victimes du stigmatisme en lien avec les ITS que les hommes. Trois des quatre informants ajoutent également que les jeunes filles adolescentes sont beaucoup plus vulnérables au stigmatisme que n'importe quelle autre population.

Bien oui, les femmes. Bien oui, c'est certain (inf.2, p.20).

Bien, c'est plutôt chez les femmes parce que chez les hommes avoir plusieurs partenaires des fois c'est comme...c'est vu, c'est vu comme l'importance macho ou quelque chose comme ça (inf.4, p.14).

Je pense qu'elles passent pour des traînées, puis des...tu sais comme genre si...tu sais, le gars on dirait qu'il y a toujours...que c'est toujours la fille qui lui a donné...c'est correct que lui ai eu plein de partenaires, mais la fille qui a eu plein de partenaires, donc, c'est un petit peu la même chose pour les

infections....c'est toujours pire comme si la femme était plus pure, qu'elle devait rester...(inf.6, p.25).

Les femmes sont pires. Définitivement. Si on assume que l'homme et la femme on la même orientation sexuelle, la femme atteinte d'une ITS est plus stigmatisée (traduction libre) (inf.7, p.9).

L'informant 5 offre l'explication suivante :

Oui, je pense que peut être que les filles sont stigmatisées quand elles l'ont ou jugées plus sévèrement quand elles ont une maladie transmissible sexuellement qu'un gars...oui, oui. Entre amies peut être pas, entre adolescentes peut être pas, mais perçu pas un adulte, je pense que oui. Je pense que les filles sont jugées plus sévèrement (inf.5, p.21).

Suite à la réponse de l'informant 5, la chercheuse ensuit avec la question suivante :

« Penses-tu par une infirmière aussi ? »

Oui, oui, oui parce que moi il faut que je m'arrête, puis je me dis : « Non, c'est la mode », mais je me dis tout le temps : « Pauvre petite fille, il me semble que tu cours dont après le trouble ». Tu sais, tu donnes l'image d'être tellement facile, puis je me dis si moi je pense ça, les gars qui regarde ça là, ils doivent penser la même chose (inf.5, p.22).

Les femmes ou les jeunes adolescentes atteintes d'une ITS sont souvent perçues comme étant :

Tu sais, les femmes sont plus vues, de ce point-là, si elles ont des infections ou plus de partenaires, elles sont plus vues comme « salop » ou plus... (inf.4, p.15).

« Oui, bien... », « Elle es-tu cheap celle-là ? », « Elle s'es-tu laissé faire ? », « Elle en a passé combien ? ». Je pense un gars tu ne te poses pas la question (inf.5, p.21).

4.3.3 L'approche infirmière

La construction de l'identité de la cliente adolescente dépend également de l'infirmière, c'est-à-dire de l'approche de l'infirmière. Deux types d'infirmière ont été identifiés suite à l'analyse des données. D'abord, il y a l'infirmière dite observante. L'infirmière observante est celle qui observe et respecte fidèlement les politiques, les procédures et les protocoles imposés par le dispositif de la santé publique. Elle utilise également les outils du dispositif dont le questionnaire tel qu'exigé par les superviseurs. Elle l'applique de façon standard à tous les clients consultant les services de santé sexuelle peu importe leurs besoins immédiats. Quatre des sept informants sont des infirmières observantes.

L'informant 2 offre un extrait très éclairant quant à l'observance du questionnaire.

On n'a pas le choix de demander ces questions-là (inf.2, p.17).

Un informant considère les questions du questionnaire comme indispensables au processus de la collecte des données:

Je remplie toutes les informations, puis surtout depuis que je fais les suivis de cas, le dossier est très important pour nous autres, toutes les questions ont leur raison d'être, donc je trouve que c'est bien important que tout le monde remplit le questionnaire vraiment à la lettre parce que si c'est des cas positifs, nous autres ça nous rend la vie tellement plus facile si c'est bien rempli, puis si toutes les informations sont – là, même si ça l'air un peu naïf comme information, ça l'a sa raison d'être, en bout de ligne...c'est certain que s'ils ont rien, non, on s'en sert pas plus qu'il le faut, mais quand c'est positif, oui (inf.5, p.6).

Je trouve que c'est approprié, oui parce que les questions sont pertinentes, les informations qu'on en retire c'est pertinent (inf.5, p.10).

Pour l'informant 1, 3 et 5, le questionnaire est également un outil indispensable pour procéder à la collecte des données et doit être utilisé de façon uniforme par tous le personnel infirmier. Ils verbalisent une frustration lorsque certaines infirmières choisissent de ne pas poser certaines questions.

Non, non, même qu'à la première visite, il y a certains infirmiers/infirmières qui ne la posent pas. Ça c'est une autre de mes frustrations, quand mes collègues font de quoi qui me cause plus de travail là parce que soit qu'ils sont paresseux ou ils ont des principes, comme je peux respecter tes principes, mais si moi ça me cause plus de travail, puis à la fin ça cause du tort au patient parce qu'il faut que je ré-ouvre des plaies, ça, ça m'écoeure parce qu'à la fin, ça fait mal au patient, (inf.1, p.27).

Des fois, des infirmières ne remplissent pas toutes les questions, alors ça crée beaucoup de frustrations. Nous (gestionnaires de cas) on est censé rentrer certaines données dans le programme IPHIS qui est comme un programme national de collecte de données pour les infections transmises sexuellement, puis il y a certaines questions que...qu'on doit remplir, puis que les infirmières ne remplissent pas... (inf.3, p.5).

Non, puis je ne dirais pas que c'est un manque d'habileté, je dirais plutôt que c'est un manque de...ils ne veulent aller plus vite parce qu'il y en a d'autres, tu regardes les dossiers, tu dis : « Oui, ça ne me surprend pas ». Il y en a qui ne pose pas de questions. Ils vont faire l'entrevue selon ce qui est écrit, puis ce n'est pas plus que ça (inf.5, p.9).

Ensuite, il y a l'infirmière dite résistante. L'infirmière résistante est celle qui résiste aux politiques, aux procédures et aux protocoles du dispositif de la santé publique ; elle résiste aux pressions exercées par le dispositif. Elle réalise le degré d'intrusion du questionnaire et

elle est consciente des effets négatifs du questionnaire sur la cliente consultant pour des tests de dépistage d'ITS. Elle questionne également l'efficacité du questionnaire comme outil standardisé de collecte des données. Les informants 4, 6 et 7 sont des infirmières résistantes.

De tout ce qu'on doit poser comme questions, que je ne trouve pas toujours utiles, puis peut être invasif un petit peu pour des gens qui à...qui c'est leur première expérience à venir dans une clinique tout ça (inf.6, p.8).

Je trouve le questionnaire très invasif (traduction libre) (inf.7, p.11).

Les informants 4 et 7 décrivent le questionnaire dans leurs propres mots :

Non, je pense...on dirait c'est des fois comme trop...c'est trop...un questionnement, une investigation...un interrogatoire, oui (inf.4, p.9).

Nous pensons avoir une rationalisation scientifique nous permettant de demander ces questions-là pour satisfaire notre curiosité en ce qui concerne les pratiques sexuelles de la personne plutôt qu'autre chose... (traduction libre) (inf.7, p.11).

Pour les trois informants, le questionnaire représente un outil de stigmatisation, c'est-à-dire un outil qui perpétue le stigmate en lien avec les ITS chez les personnes atteintes.

Il y a des questions qu'on demande à propos des partenaires sexuels, le nombre de partenaires sexuels dans les derniers trois mois ou dans la dernière année ou dans toute une vie, ça n'a pas toujours d'importance, puis des fois ça peut créer de la honte (nf.4, p.12).

Définitivement pas. Ça augmente...oui, ça perpétue la stigmatisation et puis, je crois, que ça rend les gens hésitants de venir à la clinique pour se faire tester (traduction libre) (inf.7, p.11).

Les informants 6 et 7 croient également que l'infirmière en soi est un outil de stigmatisation en utilisant le questionnaire comme outil de collecte des données. Suite à la question :

« Est-ce que tu penses que l'infirmière a un rôle ou joue un rôle dans le processus de la stigmatisation en lien avec les ITS chez les jeunes adolescentes ? », ils ont répondu :

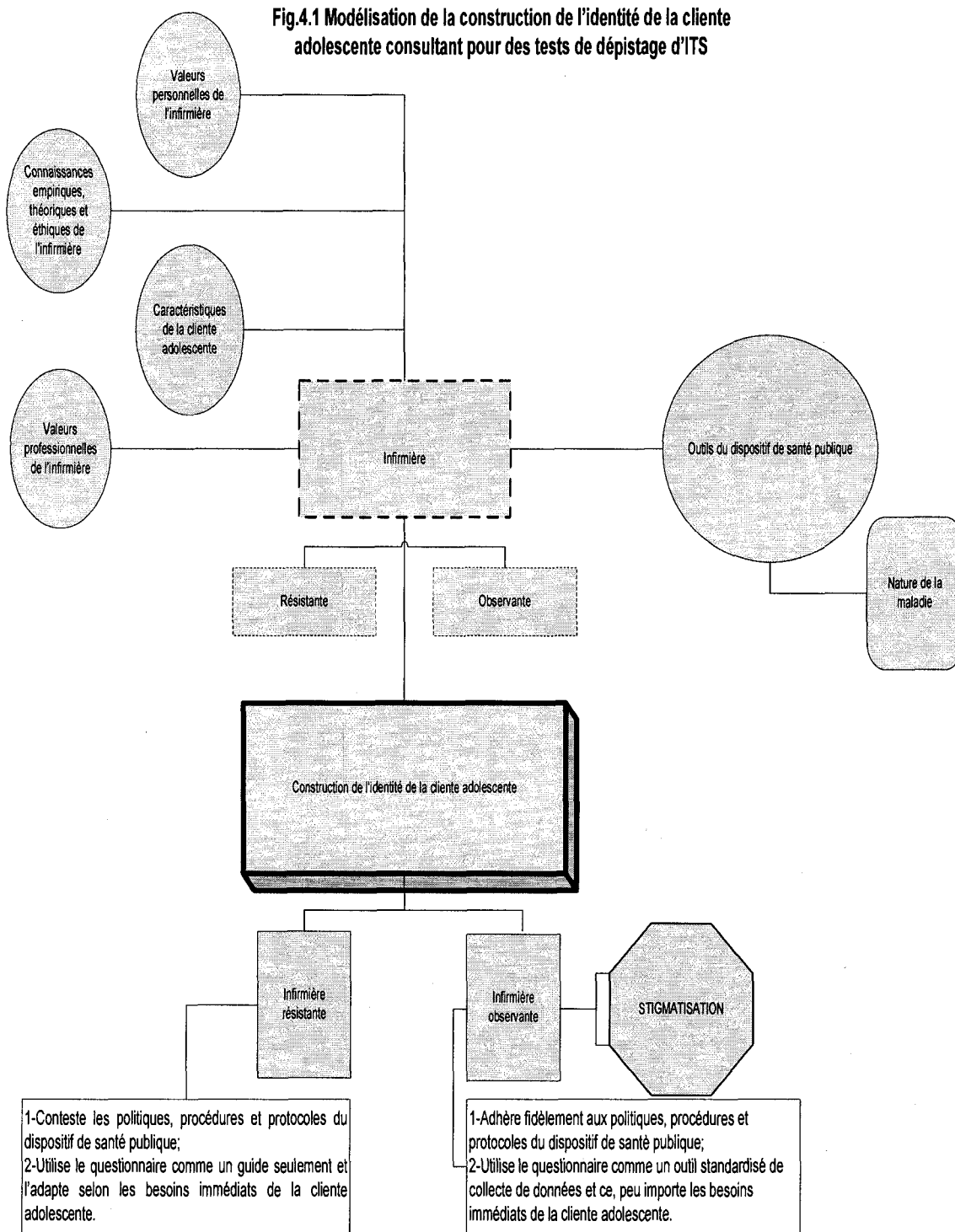
Oui, tout à fait. Moi, je pense qu'elle peut souvent jouer un rôle, comment est-ce qu'elle présente l'information, comment qu'elle présente comment s'est transmis, combien de partenaires, tout ça, c'est sûr que ça va avoir un impact, puis je pense que certaines infirmières qui contribuent à la stigmatisation beaucoup, puis en faisant la moralisation, tu sais, le type de counselling... (inf.6, p.25).

Oui, complètement, oui. La façon dont tu poses les questions, mais non juste la façon que tu les poses, mais bien la façon que les questions que tu poses sont perçues et certaines questions que tu poses, peu importe la façon que

tu les poses, les gens vont être embarrassés, car la sexualité est un sujet très tabou dans la société occidentale (traduction libre) (inf.7, p.11)

Pour conclure le chapitre de la présentation des résultats, la chercheuse a créé un schéma (figure 4.1) pour bien illustrer les concepts qui chapeautent chaque catégorie. La chercheuse a créé une carte conceptuelle pour bien modéliser la construction de l'identité de la cliente adolescente consultant pour des tests de dépistage d'ITS. Le schéma est présenté à la page suivante. Le schéma démontre bien que l'infirmière travaillant dans une clinique de santé sexuelle est influencée par plusieurs facteurs contributifs à la stigmatisation tels que ses connaissances empiriques, théoriques et éthiques, ses valeurs personnelles et professionnelles, de même que les caractéristiques de la cliente adolescente. L'infirmière utilise les outils du dispositif de santé publique dont le questionnaire et le suivi des cas et la notification des partenaires afin de surveiller et de contrôler l'incidence des ITS. L'infirmière, qu'elle soit observante ou résistante, construit l'identité de la cliente adolescente qui consulte pour des tests de dépistage d'ITS, suite à la collecte des données, mais seule l'infirmière observante, qui adhère fidèlement aux politiques, procédures et protocoles du dispositif de santé publique dans l'administration des soins, stigmatise la cliente adolescente.

Fig.4.1 Modélisation de la construction de l'identité de la cliente adolescente consultant pour des tests de dépistage d'ITS



CHAPITRE 5

DISCUSSION

Les résultats ayant été présentés dans le chapitre précédent, le chapitre de la discussion, quant à lui, permet d'interpréter et d'apprécier les résultats de la recherche à la lumière des travaux de d'autres auteurs. La chercheuse procède donc à l'interprétation et l'appréciation des résultats de la recherche en tenant compte du contexte de l'étude et des travaux déjà publiés. Ici, la chercheuse interprète et apprécie les résultats obtenus à l'aide des travaux d'Erving Goffman sur le processus interactionnel de la stigmatisation ainsi que les travaux de Michel Foucault sur la sexualité, puisqu'ils sont les plus influents dans la conceptualisation du problème de recherche en question. Ensuite, la chercheuse précise les limites de l'étude, évalue la signification des résultats sur le plan théorique et pratique et formule des recommandations.

Tel qu'illustré à l'aide du schéma au chapitre 4, plusieurs résultats intéressants, voire révélateurs, ont été obtenus. La chercheuse explique, d'abord, le pouvoir subtil qu'exerce le dispositif de santé publique sur les individus, les groupes et les communautés dans le but de gouverner la conduite humaine. Par la suite, les infirmières sont définies comme étant les agentes de pouvoir indispensables au dispositif de santé publique. Ensuite, elle compare l'un des outils du dispositif de santé publique, soit le questionnaire, à l'aveu, ou la confession, telle que décrite par Michel Foucault. Pour conclure, la chercheuse démontre que le dispositif de santé publique, par l'entremise d'agents de pouvoir et d'outils, perpétue le stigmate ressenti, définit par Erving Goffman comme un concept social et culturel, chez les clientes adolescentes atteintes d'une ITS.

Michel Foucault offre une explication différente au concept du pouvoir, un concept qui a fait couler beaucoup d'encre depuis les dernières années. Le pouvoir, pour Foucault (1976), n'est pas que répressif, mais plutôt constructif et productif. Foucault définit le pouvoir ainsi : « Le pouvoir, ce n'est pas une institution, et ce n'est pas une structure, ce n'est pas une certaine puissance dont certains seraient dotés : c'est le nom qu'on prête à une situation stratégique complexe dans une société donnée » (Foucault, 1976, p.123). De là, Foucault

(1976) élaborent les concepts du bio-pouvoir et de la gouvernementalité, deux formes de pouvoir subtiles et diffuses.

Au cours des dernières années, il y a eu une profonde transformation des mécanismes de pouvoir existants. Vers la fin du 17^e siècle, un nouveau système de surveillance et de contrôle est apparu, soit le bio-pouvoir ou le pouvoir sur la vie (Foucault, 1976). Le bio-pouvoir, une forme diffuse de pouvoir, est une nouvelle façon de gérer les individus et les populations ; il gère les circonstances de leur existence plutôt que l'existence en soi. Le bio-pouvoir a donc pour but de gérer et de réglementer la vie, c'est-à-dire de préserver l'ordre (Foucault, 1990). Gastaldo (1997) croit que le bio-pouvoir est la gouvernance des corps à travers des techniques qui encouragent les individus, les groupes et les communautés à internaliser des comportements qui visent l'amélioration de leur santé. Une des techniques est l'*empowerment* (Gastaldo, 1997), un terme anglais traduit par autonomisation ou capacitation, définit par la prise en charge de l'individu par lui-même tout en respectant les besoins et les termes de la société. L'*empowerment* suppose que l'individu a choisi par lui-même de modifier ses comportements sans influence de l'extérieur, quand la réalité est qu'une force extérieure, comme par exemple le dispositif de santé publique, dicte le changement (Gastaldo, 1997).

Foucault (1979), suite à l'élaboration du concept du bio-pouvoir, se concentre maintenant sur le concept de la gouvernementalité, soit un système complexe de relations de pouvoir qui intègre, à son tour, le bio-pouvoir et la souveraineté. Foucault définit la gouvernementalité ainsi :

Par gouvernementalité, j'entends l'ensemble constitué par les institutions, les procédures, analyses et réflexions, les calculs et les tactiques qui permettent d'exercer cette forme bien spécifique, quoique très complexe de pouvoir qui a pour cible principale la population, pour forme majeure de savoir l'économie politique, pour instrument essentiel les dispositifs de sécurité. Deuxièmement, par "gouvernementalité", j'entends la tendance, la ligne de force qui, dans tout l'Occident, n'a pas cessé de conduire, et depuis fort longtemps, vers la prééminence de ce type de "gouvernement" sur tous les autres : souveraineté, discipline, et qui a amené, d'une part, le développement de toute une série d'appareils spécifiques de gouvernement, et, d'autre part, le développement de tout une série de savoirs. » (Foucault, 1979, p.20).

Selon Foucault (1979), la gouvernementalité mise sur un dispositif de sécurité complexe qui interpelle les différentes techniques de pouvoir dont le pouvoir diplomatique-militaire, la police et le pouvoir pastoral.

Les institutions qui détiennent un pouvoir social, dont le dispositif de santé publique, visent la surveillance et le contrôle des individus, des groupes d'individus et des communautés pour assurer le bon fonctionnement de la société en général. Le dispositif de santé publique utilise donc différentes techniques de pouvoir, des techniques dites productives plutôt que répressives, pour renforcer les normes socialement acceptables en terme de santé. Les fonctions du dispositif de santé publique sont plutôt régulatrices (Foucault, 1976) et vise une société normalisatrice.

Le dispositif de santé publique a besoin d'agents de pouvoir pour surveiller et contrôler les individus, les groupes d'individus et les communautés. L'État et les institutions doivent donc engager et former des experts puissants pour prodiguer les soins de santé. Le dispositif de santé publique mise donc sur les infirmières pour préserver l'ordre et ce, pour des raisons d'autant plus évidentes. La première raison est que les infirmières occupent une position privilégiée dans la société. Malgré le fait que la profession infirmière n'est pas une profession dite prestigieuse, elle est, du moins, très bien respectée et, de ce fait, les infirmières détiennent la confiance du public. Une autre raison est, sans contredit, le contact direct que les infirmières partagent avec les individus, les groupes d'individus et les communautés, ce qui permet aux infirmières d'agir sur les individus en question. La dernière raison est que les infirmières possèdent des connaissances jugées, par le public, comme étant véritables. Les infirmières représentent des agentes de pouvoir très efficaces, car elles ont une éducation continue et elles possèdent des connaissances scientifiques (Holmes & O'Byrne, 2006). Par conséquent, les infirmières peuvent influencer les comportements des individus en ce qui concerne la santé et le bien-être, de même que la maladie.

Holmes et Gastaldo (2002) révèle que les infirmières sont des agentes de pouvoir indispensables qui gouvernent la conduite humaine, soit de l'individu ou de la collectivité. Plus spécifiquement, le mandat des infirmières travaillant en santé publique dans le domaine

de la santé sexuelle, soit en tant que gestionnaire de cas ou en tant qu'infirmière, est de surveiller et de contrôler les pratiques sexuelles des individus, ou d'être la « police » des comportements sexuels (Holmes & O'Byrne, 2006). Les infirmières utilisent différentes formes de pouvoir, dont le pouvoir disciplinaire et le pouvoir pastoral, et différentes techniques de pouvoir pour gouverner la conduite humaine.

Le pouvoir disciplinaire est, d'abord, une forme de pouvoir beaucoup plus docile comparativement à d'autres formes de pouvoir nécessitant la violence. Les infirmières exercent le pouvoir disciplinaire sur un individu ou un groupe d'individus pour modeler leurs attitudes et leurs comportements afin de les aider à développer de nouvelles habiletés ou les aider à changer leur façon de penser et les préparer pour l'institution (Hindess, 1996). Le pouvoir disciplinaire permet d'entraîner les individus, d'utiliser leur potentiel productif et de profiter pleinement de leurs capacités (Holmes & Gastaldo, 2002).

Le pouvoir pastoral, quant à lui, guide la vie des individus. À son tour, le pouvoir pastoral est une forme de pouvoir individualisante, c'est-à-dire qui connaît les sujets en détails (Foucault, 1994a). Le pouvoir pastoral se fie sur des techniques de pouvoir qui doivent pénétrer les âmes, décoder les cœurs et révéler les secrets les plus intimes. Le pouvoir pastoral cherche la divulgation de la conscience ; il pénètre l'âme et agit sur lui pour ultimement le guider (Foucault, 1994a). Les infirmières utilisent souvent le pouvoir pastoral en tant que mécanisme de contrôle qui produit le savoir en ce qui concerne le patient (client). Le savoir au sujet des patients, jusqu'à présent caché dans leur âme, représente un élément important dans la gouvernance des autres (Foucault, 1994b). Le savoir est obtenu par l'entremise de la confession, un outil important du pouvoir pastoral qui permet aux infirmières de recueillir de l'information (Holmes & O'Byrne, 2006). La confession provoque, à son tour, une intensification des contrôles régulateurs sur les individus. Le savoir acquis par l'entremise de la confession est codifié et intégré dans les soins infirmiers (Holmes & O'Byrne, 2006)). Les secrets de l'individu sont donc intégrés dans les discours professionnels (Foucault, 1990). Ainsi, le processus décrit ci-haut est responsable pour l'étiquetage des patients, soit comme normal ou déviant (Moss, 1998). L'emphase sur le

pouvoir pastoral dans le domaine de la santé publique est nécessaire pour discipliner les individus et les groupes d'individus (Holmes & O' Byrne, 2006).

Le dispositif de santé publique possède plusieurs outils pour surveiller et contrôler les individus, les groupes d'individus et les communautés et ce, surtout en ce qui concerne l'incidence et la prévalence des ITS. Les agentes du dispositif de santé publique, soient les infirmières, utilisent le suivi des cas et la notification des partenaires et le questionnaire pour surveiller les taux d'ITS. Dans le cas présent, l'outil principal du dispositif pour procéder à la collecte des données est le questionnaire. Le questionnaire, comme outil privilégié, pour amasser des données sur la santé sexuelle des adolescentes qui consultent les services de santé est inapproprié et ce, pour plusieurs raisons qui seront abordées dans les prochaines pages. Tel que mentionné par la plupart des informants, le questionnaire est inefficace pour amasser des données sur la santé sexuelle des clients et, tout particulièrement des clientes adolescentes, car les questions posées sont personnelles, intimes, privées et invasives, pour d'autres informants le questionnaire est complètement inutile ; le questionnaire n'encourage pas le dialogue réciproque entre la cliente adolescente et l'infirmière ; le questionnaire entrave l'établissement et le développement d'une relation thérapeutique entre la cliente adolescente et l'infirmière ; le questionnaire décourage les clientes adolescentes à consulter les services de santé sexuelle offerts.

La chercheuse puise dans les écrits de Michel Foucault (1976) *Histoire de la sexualité 1 : La volonté du savoir* pour re-conceptualiser le questionnaire, utilisé au Centre de Santé-Sexualité pour la collecte de données, comme un aveu ou une confession comme le décrit Foucault. Le chapitre *Scientia sexualis* dans le livre *Histoire de la sexualité 1 : La volonté du savoir* explique le dispositif de la sexualité dans la culture occidentale. Selon Foucault (1976), il n'a jamais été question de la répression de la sexualité. Au contraire, depuis le 17^e siècle, il y a une fixation sur la sexualité, c'est-à-dire que la volonté de tout savoir sur le sexe s'est systématisée en une « science de la sexualité ».

Depuis le 19^e siècle, le sexe s'inscrit sur deux registres de savoir bien distincts munis de règles différentes : la biologie de la reproduction et la médecine du sexe. Le sexe

représente un enjeu de vérité et, selon Foucault (1976), il existe deux grandes procédures pour produire la vérité du sexe. D'un côté, les sociétés qui se sont dotées d'un *ars erotica* ou l'art érotique qui doit demeurer secrète afin de préserver la vertu du sexe. D'un autre côté, la culture occidentale pratique, quant à elle, la *scientia sexualis* ou la science du sexe. Il s'agit de l'aveu obtenu par des procédures d'individualisation par le pouvoir. L'aveu est devenu une technique très populaire pour produire le vrai, la vérité.

L'aveu a diffusé loin ses effets : dans la justice, dans la médecine, dans la pédagogie, dans les rapports familiaux, dans les relations amoureuses, dans l'ordre le plus quotidien, et dans les rites les plus solennels ; on avoue ses péchés, on avoue ses pensées et ses désirs, on avoue son passé et ses rêves, on avoue son enfance ; on avoue ses maladies et ses misères ; on s'emploie avec la plus grande exactitude à dire ce qu'il y a de plus difficile à dire ; on avoue un public et en privé, à ses parentes, à ses éducateurs, à son médecins, à ceux qu'on aime ; on se fait à soi-même, dans le plaisir et la peine, des aveux impossibles à tout autre, et dont on fait des livres (Foucault, 1976, p.79).

Quoique l'aveu soit présent dans toutes les sphères de la vie, il n'est pas toujours volontaire. Parfois, la personne avoue de son propre gré, alors que d'autre fois elle est forcée d'avouer. L'obligation de l'aveu n'est plus perçue comme l'effet d'un pouvoir contraignant, mais plutôt comme la nécessité de libérer la vérité. L'aveu, à son tour, crée l'assujettissement des hommes, c'est-à-dire que les hommes sont soumis à une obligation stricte, celle de confesser la vérité et ce, surtout en ce qui concerne le sexe. Le sexe a toujours été matière privilégiée de confession.

Or, l'aveu est un rituel qui se déploie dans un rapport de pouvoir, car on n'avoue pas sans la présence au moins virtuelle d'un partenaire qui n'est pas simplement l'interlocuteur, mais l'instance qui requiert l'aveu, l'impose, l'apprécie et intervient pour juger, punir, pardonner, consoler, réconcilier ; un rituel où la vérité s'authentifie de l'obstacle et des résistances qu'elle a eu à lever pour se formuler ; un rituel enfin où la seule énonciation, indépendamment de ses conséquences externes, produit, chez qui l'articule, des modifications intrinsèques : elle l'innocente, elle le rachète, elle le purifie, elle le décharge de ses fautes, elle le libère, elle lui promet le salut (Foucault, 1976, p.83).

L'aveu, ou la technique de confession, est beaucoup plus qu'une simple technique, car l'expert, soit l'infirmière, applique ses connaissances à travers un processus dynamique et interactif (Holmes & O' Byrne, 2006). L'aveu interpelle donc un processus de domination important, où les relations de pouvoir dominent. La personne qui parle ou qui est obligée de

parler est dominée par la personne qui écoute. Dans le cas présent, l'infirmière travaillant dans les cliniques de santé sexuelle oblige le client à répondre aux questions du questionnaire. Il y a donc une relation de pouvoir, ou une domination, qui se crée entre l'infirmière et le client.

L'aveu est, encore aujourd'hui, la principale source de production du discours vrai sur le sexe (Foucault, 1976). Toutefois, l'aveu d'aujourd'hui doit être beaucoup plus riche en détails et est soutenu par une rationalité scientifique, c'est-à-dire que l'aveu sexuel d'aujourd'hui représente un discours scientifique. Foucault (1976) offre des explications intéressantes pour expliquer les transformations de l'aveu.

D'abord, Foucault (1976) parle d'une codification clinique du « faire-parler », où la confession s'inscrit dans un champ d'observations scientifiquement acceptables. Par la suite, Foucault (1976) mentionne le postulat d'une causalité générale et diffuse qui suppose que la justification de l'aveu repose dans le principe que le sexe est doté d'un pouvoir causal inépuisable et polymorphe. De même, les dangers associés au sexe justifient le caractère exhaustif, voire intrusif, de l'inquisition. Il réfère au principe d'une latence intrinsèque à la sexualité qui suppose qu'il faut arracher la vérité du sexe puisque le sexe est un principe obscur, de nature à s'échapper. La médicalisation des effets de l'aveu explique, en partie, l'aveu dit scientifique d'aujourd'hui. « L'obtention de l'aveu et ses effets sont recodés dans la forme d'opérations thérapeutiques » (Foucault, 1976, p. 90). Le sexe possède, dorénavant, un caractère pathologique ; le sexe varie du normal au pathologique et nécessite, à l'occasion, des interventions médicales.

Tel que précisé par Holmes et O' Byrne (2006), la sexualité humaine a été une des premières cibles du bio-pouvoir et du regard médical (Foucault, 1976). Selon Foucault :

Il donne lieu à des surveillances infinitésimales, à des contrôles de tous les instants, à des aménagements spatiaux d'une extrême méticulosité, à des examens médicaux ou psychologiques indéfinis, à tout un micro-pouvoir sur le corps ; mais il donne lieu aussi à des mesures massives, à des estimations statistiques, à des interventions qui visent le corps social tout entier ou des groupes pris dans l'ensemble (Foucault, 1976, p.192).

Le sexe (ou la sexualité) devient le cible de plusieurs opérations politiques, d'interventions économiques, de campagnes idéologiques de moralisation ou de responsabilisation (Foucault, 1976). Il devient ultimement l'objectif de la discipline du corps et celui de la régulation des populations.

Les résultats obtenus dans la présente étude démontrent que la sexualité est toujours un sujet tabou dans la culture occidentale et que les ITS ne font pas exception. Les personnes atteintes d'une ITS sont beaucoup plus victimes de stigmatisation que les personnes atteintes de maladies sans connotation sexuelle. Tel que précisé par Foucault (1976), l'obsession de la culture occidentale sur la sexualité, qui persiste depuis le 17^e siècle, a créé l'idée que plusieurs comportements sexuels sont dangereux et risque d'entraîner des répercussions néfastes, dont les ITS qui est le résultat direct d'un acte sexuel immoral ou d'un échec moral (Goffman, 1998).

Les résultats de la présente étude révèlent que les ITS sont toujours perçues comme étant une condition médicale stigmatisante et ce, surtout chez les adolescentes. Les informants croient que les adolescentes atteintes d'une ITS sont souvent perçues comme « sales », « faciles », « ne respectent pas leur corps », « ont plusieurs partenaires sexuels », etc. Les témoignages des informants rejoignent l'idée de Goffman (1998) qui précise que les personnes atteintes d'une ITS sont des tares de caractère, qui aux yeux d'autrui, font preuve d'un manque de volonté, de passions irrépressibles ou antinaturelles, de croyances égarées et rigides ou de malhonnêteté. Les adolescentes atteintes d'une ITS ont une tare de caractère, et ce malgré l'origine physique de la maladie. Madru (2003) corrobore, à son tour, l'idée de Goffman (1998) en supposant que les personnes atteintes d'une ITS, soit une maladie avec une composante sociale significative, sont souvent tenues responsables de la maladie. Les adolescentes atteintes d'une ITS souffrent donc de la maladie mais également du stigmate psychologique et social en lien avec les ITS ; elles sont souvent identifiées non comme des victimes, mais bien comme des vecteurs de la maladie. Un informant affirme que les ITS sont toujours perçues comme étant la responsabilité de la femme, une idée supportée dans l'étude de Shefer et al. (2002), qui révèle qu'il existe un discours prévalent

dans le domaine de la sexualité qui suppose que les femmes sont la cause des ITS. De même, la majorité des informants croient que les femmes, en général, et que les adolescentes, en particulier, sont beaucoup plus victimes du stigmatisme en lien avec les ITS que les hommes. Les hommes et les femmes ne perçoivent pas les ITS de la même façon, de même, les hommes et les femmes ne vivent pas l'expérience d'être atteints d'une ITS de la même façon et ce, en raison de la construction sociale de la sexualité qui perpétue les différences de genre (Fei-ling Go & al., 2002).

Dans les centres de santé sexuelle, le questionnaire (conçu pour amasser des données sur la santé sexuelle) et l'infirmière (agente de pouvoir qui administre le questionnaire) jouent un rôle central dans le processus de stigmatisation en lien avec les ITS. La plupart des informants croient fortement que le questionnaire est un outil de stigmatisation des adolescentes atteintes d'une ITS, mais ils supposent également que l'infirmière représente aussi un outil de stigmatisation, c'est-à-dire que le stigmatisme ressenti par les adolescentes atteintes d'une ITS est en quelque sorte véhiculé par l'infirmière. Le questionnaire est en soi un outil stigmatisant. Tous les informants supposent que le questionnaire ou que les questions posées lors de la collecte des données, soit l'entrevue, suscitent des sentiments négatifs chez les clients et ce, surtout chez les clientes adolescentes. Selon les informants, les questions posées sont très personnelles, intimes, privées et invasives et suscitent de la gêne, de la honte, de l'embarras et de l'inconfort. D'autres informants mentionnent directement le stigmatisme comme effet négatif du questionnaire.

L'infirmière, ou l'agente de pouvoir du dispositif de santé publique, qui administre le questionnaire ou reçoit l'aveu est, en soi, un outil stigmatisant. Dans la présente étude, les informants postulent que l'infirmière est beaucoup plus responsable des sentiments négatifs ressentis par les clientes adolescentes que le questionnaire en soi. Au Centre de Santé-Sexualité, le rôle principal de l'infirmière est de procéder à la collecte de données à l'aide du questionnaire pour obtenir de l'information sur la santé sexuelle. Tel que précisé dans l'étude de Holmes et O' Byrne (2006), le processus de collecte de données dans les centres de

santé sexuelle n'est pas un processus objectif. Au Centre de Santé-Sexualité, le processus de collecte de données, par le biais de l'entrevue, n'est pas objectif et se déroule ainsi : l'entrevue, telle que décrite par les informants, est le premier point de contact entre la cliente adolescente et l'infirmière, et ce premier contact est décrit comme crucial pour le confort de la cliente. L'infirmière, dès lors, pose une série de questions dites personnelles, privées, intimes et invasives à la cliente adolescente pour amasser des données relatives sur la santé sexuelle et surtout sur les pratiques sexuelles. L'infirmière doit extraire et exposer la vérité en encourageant le client à révéler le plus de détails possibles en ce qui a trait à la sexualité par l'entremise de différentes techniques de confession (Holmes & O' Byrne, 2006). La cliente adolescente, de son côté, confesse ; elle avoue les comportements sexuels dans lesquels elle s'engage à l'infirmière. L'infirmière, suite à la collecte des données, interprète, à elle seule, le savoir obtenu sur la cliente et implante les interventions infirmières appropriées, souvent l'éducation et le counselling. L'infirmière doit s'assurer que la cliente adolescente retienne l'information partagée en ce qui concerne les pratiques sexuelles sécuritaires et adopte des comportements sexuels appropriés. L'infirmière, par l'intermédiaire du processus de collecte de données, doit éveiller chez la cliente adolescente le besoin, voire la responsabilité, d'adopter les comportements sexuels sains dans le but de maintenir une santé optimale. À travers l'éducation, l'infirmière normalise et discipline (Holmes & Gastaldo, 2002), c'est-à-dire que l'infirmière encourage la cliente adolescente à modifier les comportements sexuels inappropriés. Tel que mentionné précédemment, la collecte des données sur la santé sexuelle n'est pas un processus objectif (Stanford, 2002), c'est-à-dire que la cliente adolescente ne peut divulguer de l'information dépourvue de sentiments et que l'infirmière ne peut écouter de façon objective, car toutes les communications humaines sont filtrées à travers la subjectivité de chaque personne. À travers les soins, les infirmières participent donc à la construction de l'identité du client comme étant malade ou en santé (Holmes & Gastaldo, 2002) et, dans le cas présent, stigmatisé ou non. Dans la présente étude, les connaissances de l'infirmière, les valeurs personnelles et professionnelles de l'infirmière, les caractéristiques de la cliente adolescente et la nature de la maladie ont été

identifiées comme des facteurs d'influence qui influencent inévitablement la façon dont l'infirmière interagit avec la cliente adolescente. Par conséquent, l'infirmière se forge une idée de la cliente adolescente consultant les services de santé pour des tests de dépistage d'ITS.

Tel qu'illustré ci-haut, le stigmatisme ressenti chez les adolescentes atteintes d'une ITS n'est pas seulement attribuable au questionnaire utilisé pour la collecte des données, mais plutôt à l'interaction entre l'infirmière et la cliente adolescente. Les résultats obtenus sont consistants avec le concept du stigmatisme, tel que défini par Goffman (1998), comme étant un concept social et culturel. Selon Goffman (1998), le stigmatisme est un attribut qui jette un discrédit profond, soit une diminution ou une perte de la confiance, de l'estime et de la valeur dont la personne jouit. Selon Goffman (1998), il est davantage préférable de parler en termes de relations et non en termes d'attributs, car l'attribut en soi ne peut être « créditable » (honoré) ou « discréditable » (indigne), mais le devient lorsque la personne se voit associer à des caractéristiques sociales indésirables ou critiques. Goffman (1998) stipule donc que la personne atteinte d'un stigmatisme possède un attribut qui la disqualifie dans ses interactions sociales avec les autres. L'adolescente atteinte d'un stigmatisme n'est plus perçue ou considérée comme un être complet, mais tout simplement comme une personne stigmatisée. Le stigmatisme définit la personne à part entière. Par conséquent, l'adolescente qui possède un stigmatisme doit apprendre promptement les rôles qui permettent une interaction sociale plus confortable avec les personnes dites « normales ». D'un côté, la personne « discréditée » suppose que la différence est déjà connue ou visible de deux façons, soient que la personne atteinte dévoile la déviance en question ou que la déviance ne peut être dissimulée.

Selon Goffman (1998), le stigmatisme se forme au cours de l'interaction sociale, car lorsque les personnes « normales » et les personnes atteintes d'un stigmatisme se retrouvent physiquement en présence les unes des autres et s'efforcent de soutenir conjointement une conversation, elles doivent affronter directement les causes et les effets du stigmatisme. C'est alors que l'adolescente atteinte d'un stigmatisme se rend compte qu'elle ne peut prédire la façon

dont les personnes normales vont l'identifier et l'accueillir. Toutefois, Goffman (1990) précise qu'il est important de comprendre que même si la personne possède une condition potentiellement stigmatisante, la condition en question ne devient stigmatisante que lorsque les autres évitent, critiquent et dégradent la personne en question suite au résultat direct de leur condition. De ce fait, le stigmate est un phénomène socialement construit lors de l'interaction sociale.

Dans la présente étude, comme la plupart des autres études qui tentent d'expliquer les raisons pour lesquelles les jeunes adultes ne consultent pas les services de santé appropriés pour subir les tests de dépistage d'ITS, soulève que le stigmate en lien avec la sexualité et les ITS est un facteur contribuant à la diminution de l'utilisation des services de santé sexuelle. La recherche de Barth, Cook, Downs, Switzer et Fischhoff (2002), de Cunningham, Tschann, Gurvey, Fortenberry et Ellen (2002), de même que la recherche de Fortenberry et al. (2002) démontrent que le stigmate et la honte en lien avec les ITS et le VIH représentent des barrières importantes pour les services de dépistage et de traitement.

Les informants affirment que le stigmate est renforcé par la nature intrusive du questionnaire et, par conséquent décourage également les jeunes et, plus spécifiquement les jeunes adolescentes à consulter les services de santé sexuelle. Holmes et O' Byrne (2006) croient également que les personnes à risque d'une ITS sont réticentes à consulter les services de santé disponibles étant donné la nature intrusive et embarrassante de la collecte de données, soit le questionnaire.

Pour quelques informants, l'approche de l'infirmière, ou la façon dont l'infirmière utilise le questionnaire, est plutôt responsable de la diminution de l'utilisation des services de santé sexuelle. Les informants révèlent également que l'approche de l'infirmière influence énormément la qualité de la visite au Centre de Santé-Sexualité. Les informants admettent que la qualité des soins prodigués est influencée par plusieurs facteurs dont notamment les connaissances de l'infirmière, les valeurs personnelles et professionnelles de l'infirmière, de même que les caractéristiques de la cliente adolescente et la nature de la maladie. Les informants sont d'accord pour affirmer que les soins administrés ne sont pas neutres et

objectifs et, par conséquent, infligent souvent un sentiment de stigmatisme aux clientes adolescentes. Selon Tangmunkongvorakul, Kane et Wellings (2005), la raison première qui explique l'inefficacité des services offerts aux personnes atteintes d'une ITS est l'attitude, le comportement et le langage des professionnels de la santé envers les personnes qui consultent les services de santé. Tangmunkongvorakul, Kane et Wellings (2005) supposent également que les jeunes femmes doivent affronter, plus que les jeunes hommes, les jugements de la part des professionnels de la santé, du counselling fait dans l'indifférence et la possibilité de ruptures de la confidentialité.

Tel que précisé ci-haut, le dispositif de la santé publique mise sur les infirmières, un groupe professionnel principalement composé de femmes, pour gouverner la population. Les infirmières, souvent perçues comme un groupe professionnel dominé par la profession médicale, doivent exercer le pouvoir qu'elles détiennent dans le but d'améliorer les soins prodigués aux clientes adolescentes consultant pour des tests de dépistage d'ITS. Les infirmières, utilisées dans le moment comme courroie de transmission du dispositif de santé publique, doivent allier conscientisation et action politique afin de dénoncer les excès (incluant les stéréotypes véhiculés) de ce dispositif sur la population, en général, et les jeunes adolescentes, en particulier. Les infirmières doivent incorporer à leur pratique une sensibilité féministe, où le changement social passe par l'action politique afin de lutter contre le stigmatisme en lien avec les ITS et ce, surtout chez les jeunes adolescentes.

5.1 Limites de l'étude

Dans la présente étude, comme dans toutes autres études d'ailleurs, la chercheuse réalise que les limites de l'étude influencent directement l'interprétation des résultats de la recherche. La principale limite cernée est, sans contredit, la position « du dedans » de la chercheuse, soit que la chercheuse partage le même statut professionnel et le même lieu de travail que les participant(e)s. La position « du dedans » de la chercheuse a possiblement influencée la volonté de certains (es) infirmiers (ères) de participer à la recherche, c'est-à-dire que certaines infirmières, éligibles de participer à la recherche, ont peut-être refusées de participer à la recherche ne voulant pas discuter d'un sujet aussi complexe et sensible avec

une collègue de travail par peur d'un conflit professionnel. Toutefois, la recherche « du dedans » a été privilégiée, car elle valorise les expériences personnelles et professionnelles de la chercheuse. Cette perspective permet d'ailleurs d'articuler de manière efficace la sensibilité théorique et empirique de la chercheuse en regard de son objet d'étude.

Une autre limite identifiée est la méthode de collecte des données, soient les entrevues semi-directives. Seules les personnes confortables d'exprimer leurs opinions en entrevue sur bande audio ont participé, excluant plusieurs participant(e)s potentiels.

5.2 Implications des résultats pour la recherche et la pratique

Les résultats obtenus ont permis à la chercheuse de déconstruire et de reconstruire un phénomène peu étudié en sciences infirmières, un phénomène dans lequel l'infirmière joue un rôle clé, celui du processus interactionnel de stigmatisation des clientes adolescentes consultant pour des tests de dépistage d'ITS. D'abord, la plupart des études sur le stigmatisme en lien avec les ITS ne visent pas spécifiquement les femmes ni les adolescentes. La présente étude a cherché à déconstruire et à reconstruire les acquis disciplinaires sur le stigmatisme en lien avec les ITS pour qu'ils reflètent plus justement les expériences de vie des femmes et, dans le cas présent, des jeunes adolescentes. Par la suite, la plupart des études sur le stigmatisme en lien avec les ITS identifient le stigmatisme et les professionnels de la santé, en général, comme étant des barrières significatives à l'obtention de services de santé sexuelle, sauf qu'aucune étude n'explore en détails le stigmatisme et l'interaction sociale dans le contexte d'une relation professionnelle entre l'infirmière et la cliente adolescente et, plus précisément, dans la perspective de la relation thérapeutique. La chercheuse suggère de répliquer cette recherche en interviewant cette fois des clientes adolescentes qui ont des contacts avec des cliniques de santé sexuelle et d'apprécier dans quelle mesure elles sont affectées par la stigmatisation dont elles sont l'objet.

Sur le plan pratique, l'identification et l'explication du rôle de l'infirmière dans le processus de stigmatisation de la cliente adolescente atteinte d'une ITS est très important. D'abord, les résultats démontrent que les femmes, en général, et que les jeunes femmes, en particulier, sont plus susceptibles d'être victimes du stigmatisme en lien avec les ITS et, par

conséquent, les soins infirmiers doivent être sensibles aux différences de genres et d'âges en ce qui a trait à la sexualité et, plus particulièrement en ce qui a trait aux ITS. Par la suite, les résultats démontrent que l'infirmière représente un outil de stigmatisation important, c'est-à-dire que l'infirmière, sous l'influence de plusieurs facteurs, perpétue, consciemment ou inconsciemment, le stigmate en lien avec les ITS et ce, surtout chez la cliente adolescente consultant pour des tests de dépistage d'ITS. La présente étude a un double agenda, celui de la conscientisation et de l'action politique. La chercheuse veut éveiller une prise de conscience chez l'infirmière et, par conséquent, une prise en charge dans le but d'améliorer les services de santé sexuelle offerts à la cliente adolescente. L'infirmière, tel qu'illustré dans la présente étude, est une agente de pouvoir importante et, la chercheuse souhaite que l'infirmière impose le pouvoir qu'elle détient sur le dispositif de santé publique dans l'espoir de susciter un changement social au cœur du dispositif même afin de changer les pratiques stigmatisantes en cours.

5.3 Recommandations

Tel que précisé dans la recension des écrits, le désir d'étiqueter les autres est un besoin primitif qui remonte à l'ère des Grecs et, de ce fait, la situation idéale ne peut se fixer comme objectif d'abolir le stigmate. Les recommandations doivent plutôt se concentrer sur les facteurs modifiables qui contribuent au stigmate de la personne atteinte d'une ITS. Dans la présente étude, le rôle de l'infirmière dans le processus interactionnel de stigmatisation chez la cliente adolescente atteinte d'une ITS a été explicité. Il est évident que l'infirmière joue un rôle, direct ou indirect, conscient ou inconscient, dans le stigmate en lien avec les ITS. Les connaissances de l'infirmière, les valeurs personnelles et professionnelles de l'infirmière, les caractéristiques de la cliente adolescente et la nature de la maladie sont tous des facteurs qui influencent inévitablement l'infirmière et, par conséquent, les soins infirmiers. L'infirmière, sous l'influence de plusieurs facteurs, construit l'identité de la cliente adolescente consultant pour des tests de dépistage d'ITS, une identité souvent préjudiciable envers la cliente adolescente. De ce fait, la cliente adolescente est toujours victime de stigmatisation en lien avec les ITS.

Étant donné que les résultats de la présente recherche démontrent que le stigmatisme en lien avec les ITS est évident lors de l'interaction entre la cliente adolescente et l'infirmière, la chercheuse recommande de minimiser l'interaction entre la cliente et l'infirmière. Plus précisément, la chercheuse, comme plusieurs informants, encourage l'auto-administration du questionnaire dans les centres de santé sexuelle, c'est-à-dire que la cliente adolescente consultant pour des tests d'ITS s'auto-administre le questionnaire conçu pour la collecte des données. En procédant ainsi, la cliente adolescente n'a pas à verbaliser, voire confesser ses pratiques sexuelles à l'infirmière. La chercheuse recommande également de diminuer le nombre de questions posées aux clientes adolescentes consultant pour des tests de dépistage d'ITS. Tel que mentionné par la plupart des informants, les questions posées sont très personnelles, intimes, privées et invasives et, par conséquent, suscitent des sentiments négatifs aux clientes adolescentes. D'autres informants croient également que certaines questions posées sont complètement inutiles. La chercheuse suggère de remplacer l'outil de collecte de données standardisé, soit le questionnaire, par un outil beaucoup plus flexible permettant d'adapter les questions aux besoins immédiats de la cliente adolescente consultant pour des tests d'ITS. Les résultats de la présente recherche démontrent également que le questionnaire et que l'interaction avec l'infirmière découragent les clientes adolescentes à consulter les services de santé sexuelle disponibles. La chercheuse recommande donc d'offrir des tests de dépistage d'ITS anonymes aux clientes adolescentes.

CONCLUSION

La présente étude, inscrite dans le paradigme de la théorie critique avec une composante féministe, a tenté de déconstruire et de reconstruire le phénomène de la stigmatisation lors de l'interaction entre l'infirmière et la cliente adolescente consultant pour des tests de dépistage d'ITS, tout en tenant compte des facteurs d'ordre social, politique, culturel, économique, ethnique et de genre. Elle a aussi permis de mieux comprendre le travail et le rôle de l'infirmière dans une clinique de santé sexuelle et, plus spécifiquement décrire le processus interactionnel, soit la nature de l'interaction, entre l'infirmière et la cliente adolescente et ce, lors de la rencontre initiale.

La plupart des informants considèrent le questionnaire utilisé dans les cliniques de santé sexuelle pour procéder à la collecte des données comme un outil de stigmatisation et ce, surtout pour les adolescentes. Tous les informants croient que le questionnaire, composé de questions fermées seulement, suscite des sentiments négatifs à la cliente adolescente consultant pour des tests de dépistage d'ITS. Les informants décrivent les questions comme étant personnelles, intimes, privées, invasives et inutiles. Certains informants croient même que le questionnaire entrave le dialogue réciproque et brime la relation thérapeutique entre l'infirmière et la cliente adolescente. D'autres informants affirment que l'utilisation du questionnaire comme outil de collecte des données est responsable de la diminution de l'utilisation des services de santé sexuelle.

La plupart des informants croient que l'infirmière pratiquant en santé sexuelle est également un outil de stigmatisation. L'infirmière, influencée par ses connaissances, ses valeurs personnelles et professionnelles, les caractéristiques de la cliente adolescente et la nature des ITS, est incapable de prodiguer des soins neutres et objectifs. L'approche de l'infirmière est directement reliée au stigmate ressenti par la cliente adolescente consultant les services de santé sexuelle.

La chercheuse a interprété les résultats obtenus à l'aide des travaux d'Erving Goffman sur la stigmatisation et des travaux de Michel Foucault sur le pouvoir. Tel que précisé par quelques informants, le questionnaire, utilisé pour amasser des données auprès

des clientes adolescentes consultant les cliniques de santé sexuelle, est un outil de surveillance, voire de voyeurisme. Le dispositif de santé publique exerce un pouvoir très subtil sur les individus, les groupes d'individus et les communautés dans le but de gouverner la conduite humaine en ce qui à trait à la santé. Le dispositif de santé publique mise sur les infirmières, un groupe de professionnels très influent, pour surveiller et contrôler la population. Les infirmières, quant à elles, utilisent le questionnaire, que la chercheuse, à l'aide des écrits de Foucault, considère comme une confession, pour obtenir des données sur la santé sexuelle des clientes adolescentes consultant les services de santé sexuelle. Suite à la collecte des données, l'infirmière interprète, à elle seule, les données obtenues et implante les interventions appropriées, souvent l'éducation et le counselling, dans le but de normaliser et de discipliner les déviantes.

Tel que précisé dans la recherche, les infirmières pratiquant dans les cliniques de santé sexuelle sont influencées par plusieurs facteurs dont leurs connaissances, leurs valeurs personnelles et professionnelles, les caractéristiques de la cliente adolescente et la nature de la maladie. Par conséquent, les soins prodigués par les infirmières ne sont pas neutres ni objectifs ; ils sont plutôt teintés d'expériences personnelles et professionnelles. De ce fait, l'infirmière se forge une idée de la cliente, c'est-à-dire que l'infirmière, suite aux données amassées, construit l'identité de la cliente adolescente consultant pour des tests de dépistage d'ITS, une identité souvent préjudiciable pour la cliente adolescente. L'infirmière perpétue donc le stigmatisme en lien avec les ITS. La présente étude a identifié et expliqué le rôle de l'infirmière dans le processus interactionnel de stigmatisation des clientes adolescentes consultant pour des tests de dépistage d'ITS dans le but d'améliorer les soins infirmiers.

RÉFÉRENCES

- Agence de santé publique du Canada (2004). Infections transmises sexuellement (ITS). [Internet: 15/01/06]. http://www.hc-sc.gc.ca/dc-ma/sti-its/index_f.html.
- Agence de santé publique du Canada (2006a). Rapport de surveillance canadien 2004 sur les infections transmises sexuellement : pré-publication. [Internet : 25/5/2007]. http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stddata_pre06_04/index_f.html.
- Agence de santé publique de Canada (2006b). Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. [Internet : 15/01/2006]. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi-06/index_f.html
- Agence de santé publique du Canada (2006c). Lignes directrices canadiennes sur les infections transmises sexuellement (Éd. 2006). [Internet: 05/08/2007]. http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti_2006/sti_intro2006_f.html.
- Agence de santé publique du Canada (2007). Cas déclarés de ITS à déclaration obligatoire du 1^{er} janvier au 30 juin 2006 et du 1^{er} janvier et 30 juin 2005 et leurs taux correspondants du 1^{er} janvier au 31 décembre 2005 et 2006. [Internet : 26/06/2007]. http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stdcases-casmts/cases-cas-07_f.html.
- Albon, J. (1981). Stigmatized health conditions. *Social Science & Medecine*, 15B, 5-9.
- Barth, K.R., Cook, R.L. Downs, J.S., Switzer, G.E., & Fischhoff, B. (2002). Social stigma and negative consequences: Factors that influence college students' decisions to seek testing for sexually transmitted infections. *Journal of American College Health*, 50 (4), 153-157.
- Benotiel, J. Q. (1996). Grounded theory and nursing knowledge. *Qualitative Health Research*, 6, 406-428.
- Boucher, K. (2003). « Faites la prévention, mais pas l'amour! : des regards féministes sur la recherche et l'intervention en éducation sexuelle ». *Recherches féministes*, 16(1), 121-158.
- Brandt, A.M. (1987). *No magic bullet : A social history of venereal disease in the United States since 1880*. New York : Oxford University Press.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. London: Routledge.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2004). National Profile. Government Printing Office. Washington.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2005a). Adolescents and Young Adults – STD Surveillance 2005: Special Focus Profiles. [Internet: 25/5/2007]. <http://www.cdc.gov/std/stats/adol.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2005b). Women and Infants – STD Surveillance 2005: Special Focus Profiles. [Internet: 25/5/2007]. <http://www.cdc.gov/std/stats/womenandinf.htm>.

- Chenitz, W. C., Swanson, M. J. (1986). *From Practice to Grounded Theory : Qualitative Research in Nursing*. California : Addison-Wesley.
- Cunningham, S.D., Tschann, J., Gurvey, J.E., Fortenberry, J.D., & Ellen, J.M. (2002). Attitudes about sexual disclosure and perceptions of stigma and shame. *Sexually Transmitted Infections*, 78, 334-338.
- Delphy, C. (2001). *L'ennemi principal 2: Penser le genre*. Paris : Éditions Syllepse.
- Diers, D. (1979). *Research in Nursing Practice*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Dirksen, S. (2004). Nursing Management: Sexually Transmitted Diseases. Dans S. Lewis, M. Heitkemper & S. Dirksen (Éds), *Medical-Surgical Nursing : Assessment and Management of Clinical Problems* (6e ed.) (pp. 1384-1399). St.Louis, Missouri: Mosby.
- Douglas, M. (1966). *Purity and danger*. New York : Oxford University Press.
- Foley, E., & Patel, R. (2001). Destigmatising STIs : remaining challenges, new opportunities. *Sexually Transmitted Infections*, 77 (5), 306-308.
- Fei-Ling Go, V., Minh Quan, V., Chung, A., Zenilman, J., Thi Minh Hanh, V., & Celentano, D. (2002). Gender gaps, gender traps: sexual identity and vulnerability to sexually transmitted diseases among women in Vietnam. *Social Science & Medecine*, 55, 467-481.
- Fortenberry, J.D., McFarlane, M., Bleakley, A., Bull, S., Fishbein, M., Grimley, D.M., Malotte, K.C., & Stoner, B.P. (2002). *Relationships of stigma and shame to gonorrhea and HIV screening*. American Public Health Association.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière Inc.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité 1 : La volonté du savoir*. Paris : Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (1979). Governmentality. *Ideology and Consciousness*, 6, 5-21.
- Foucault, M. (1990). *History of Sexuality 1: An introduction*. London: Penguin Books.
- Foucault, M. (1994a). *Dits et Écrits, tome 3*. Paris : Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (1994b). *Dits et Écrits, tome 4*. Paris : Éditions Gallimard.
- Fournier, M. (2005). La différence des sexes est-elle culturelle? *Sciences Humaines*, hors-série, spécial numéro 4, 24-26.
- Gastaldo, D. (1997). Is health education good for you? Re-thinking health education through the concept of bio-power. Dans A. Petersen & R. Bunton (Éds), *Foucault, Health and Medicine* (pp. 113-133). London: Routledge.
- Germain, B., & Langis, P. (1990). *La sexualité: Regards actuels (Édition révisée)*. Laval: Éditions Études Vivantes.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publication Corporation.

- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster Inc.
- Goffman, E. (1990). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin Group.
- Goffman, E. (1998). *Stigmate: Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1998). Competing Paradigms in Qualitative Research. Dans N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Éds), *The Landscape of Qualitative Research: Theories and Issues* (pp. 195-220). California: SAGE Publications Inc.
- Hess, U., Sénécal, S., & Vallerand, R.J. (2000). Les méthodes de collecte des données. Dans M.-F. Fortin (Éd), *Fondements et étapes du processus de recherche* (pp. 298-325). Montréal : Les Éditions de la Chenelière Inc.
- Hindess, B. (1996). *Discourses of Power: From Hobbes to Foucault*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Holmes, D. & Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 557-565.
- Holmes, D. & O'Byrne, P. (2006). The art of public health nursing : using confession *technè* in the sexual health domain. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 430-437.
- Hyde, J., & Oliver, M. (2000). Gender Differences in Sexuality: Results form Meta-Analysis. Dans C. Travis & J.W. White (Éds), *Sexuality, Society, and Feminism* (pp. 57-77). Washington: American Psychological Association.
- Jones, E., Farina, A., Hastorf, A.H., Markus, H., Miller, D.T., & Scott, R.A. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York: WH Freeman and company.
- Keddy, B., Sims, S. L., Stern, P. N. (1996). Grounded theory as feminist research methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 448-453.
- Kilby, D. (1987). *Pour une sexualité prudente*. Laval : Éditions FM.
- Kinghorn, G.R. (2001). Passion, stigma, and STI. *Sexually Transmitted Infections*, 77, 370-375.
- Labrie, V. (1982). *Précis de transcription de documents d'archives orales*. Québec : Institut Québécois de recherche sur la culture.
- Lichtenstein, B. (2003). Stigma as a barrier to treatment of sexually transmitted infection in the American deep south : issues of race, gender and poverty. *Social Science & Medecine*, 57, 2435-2445.
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Montréal : Éditions du Renouveau Pédagogique. Adaptation française de la deuxième édition de Canadian Essentials of Nursing Research de Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2^{ème} édition.

- Madru, N. (2003). Stigma and HIV : Does the Social Response Affect the Natural Course of the Epidemic? *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14(5), 39-48.
- Moore, S. & Rosenthal, D. (1993). *Sexuality in Adolescence*. London: Routledge.
- Ollivier, M. & Tremblay, M. (2000). Chapitre 2, « Féminisme et épistémologie ». Questionnements féministes et méthodologies de la recherche, 61-85.
- Moss, J. (1998). *The Later Foucault*. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Organisation mondiale de la Santé (2005). Infections transmissibles sexuellement. [Internet: 10/10/2005]. http://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/fr/
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: The Free Press Of Glencoe.
- Shefer, T., Strebel, A., Wilson, T., Shabalala, N., Simbayi, L., Ratele, K., Potgieter, C., & Andipatin, M. (2002). The Social Construction of Sexually Transmitted Infections in South African Communities. *Qualitative Health Research*, 12(10), 1373-1390.
- Stanford, K. (2002). A Right (to) Pleasure: Youth Drug Users' Experiences with Harm Reduction. National Library Canada, Ottawa.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. California: SAGE Publications Inc.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory (2e ed.)*. California: SAGE Publications Inc.
- Tangmunkongvorakul, A., Kane, R. & Wellings, K. (2005). Gender double standards in young people attending sexual health services in Northern Thailand. *Culture, Health & Sexuality*, 7(4), 361-373.
- Teixido, S. (2005). Les gender studies: genèse et développements. *Sciences Humaines*, hors-série, special numéro 4, 32-36.
- Temmerman, M. (1994). Sexually transmitted diseases and reproductive health. *Sexually Transmitted Diseases*, 21, 55-58.
- Welsh, D., Rostosky, S., & Kawaguchi, M. (2000). A Normative Perspective of Adolescent Girls' Developing Sexuality. Dans C. Travis & J.W. White (Éds), *Sexuality, Society, and Feminism* (pp. 111-140). Washington: American Psychological Association.
- Westkott, M. (1990). "Feminist Criticism of the Social Sciences". *Feminist Research Methods. Exemplary Readings in the Social Sciences*, 58-68.
- Ville d'Ottawa (2007a). Santé Publique Ottawa: À notre sujet. [Internet : 03/09/2007]. http://www.ottawa.ca/residents/health/about/index_fr.html.
- Ville d'Ottawa (2007b). Heures des cliniques santé-sexualité. [Internet : 19/09/2007]. http://www.ottawa.ca/residents/health/living/sexual/clinic_fr.html.

Appendices

Appendice A
Affiches de recrutement français et anglais



uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé
École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences
School of Nursing

FEMMES, ITS ET STIGMATISATION : Vers une compréhension féministe

RECHERCHE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

- Vous êtes un (e) infirmier (ère) autorisé (e) ;
- Vous travaillez dans le domaine de la santé sexuelle ;
- Vous travaillez avec des clientes adolescentes et des jeunes femmes en quête de tests de dépistage pour les infections transmises sexuellement (ITS) ;
- Vous aimeriez partager votre expérience de travail ;
- Vous désirez améliorer la pratique infirmière en matière de santé sexuelle auprès des adolescentes et des jeunes femmes.

**VENEZ PARTICIPER À UNE ENTREVUE D'UNE DURÉE
MOYENNE DE 60 MINUTES.
Confidentialité garantie.**

Responsable de la recherche :

**Fanie Normand, inf.
Étudiante à la maîtrise
Université d'Ottawa
Faculté des Sciences de la Santé
École des Sciences Infirmières**

Superviseur de la recherche :

**Dave Holmes, inf., PhD.
Professeur agrégé
Université d'Ottawa
Faculté des Sciences de la Santé
École des Sciences Infirmières**

☎ 613 562-5473
☎ 613 562-5443

451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 Canada

www.uOttawa.ca



uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé

École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences

School of Nursing

WOMEN, STIs AND STIGMATISATION : Toward a Feminist Comprehension

NURSING RESEARCH

- You are a registered nurse;
- You work in the sexual health domain;
- You work with teenage girls and young women seeking sexually transmitted infection (STI) testing;
- You would like to share your experience;
- You would like to improve nursing practice in the sexual health domain towards teenage girls and young women.

**COME PARTICPATE IN A 60-MINUTE INTERVIEW.
Confidentiality assured.**

Researcher:

**Fanie Normand, RN
Masters student
University of Ottawa
Faculty of Health Sciences
School of Nursing**

Supervisor:

**Dave Holmes, RN, PhD.
Associate Professor
University of Ottawa
Faculty of Health Sciences
School of Nursing**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☎ 613 562-5473
☎ 613 562-5443

451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 Canada

www.uOttawa.ca

Appendice B
Guide d'entrevue

Guide d'entrevue

Femmes, ITS et stigmatisation : vers une compréhension féministe?

1. Quel genre de diplôme détenez-vous?
What kind of diploma did you earn?
2. Combien d'années pratiquez-vous en tant qu'infirmière?
How long have you been practicing nursing?
3. Combien d'années pratiquez-vous dans le domaine de la santé publique?
How long have you been working in the Public Health domain?
4. Combien d'années pratiquez-vous dans le domaine de la santé sexuelle?
How long have you been working in the area of sexual health?
5. Vous travaillez à quel endroit?
Where do you work now?
6. Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler dans le domaine de la santé sexuelle?
What motivated you to work in the area of sexual health?
7. Parlez-moi de votre expérience de travail au quotidien dans le domaine de la santé publique/santé sexuelle?
Describe to me your work experience on a daily basis. What are your main roles? What are your main responsibilities?
8. Quels sont les aspects que vous aimez le plus de votre travail?
What do you like best about your work?
9. Quels sont les défis ou les frustrations de votre travail?
What are the challenges or the frustrations you face at work?
10. Utilisez-vous le questionnaire pour faire la collecte des données?
Do you use the questionnaire for data collection?
11. Est-ce que c'est le même questionnaire pour tous les clients?
Is it the same questionnaire for all the clients?
12. Croyez-vous que le questionnaire conçu pour la collecte des données est approprié pour les jeunes filles adolescentes? Pourquoi?
Do you think that the questionnaire utilized for data collection is appropriate for teenage girls? Why?
13. Est-ce que le questionnaire est principalement composé de questions ouvertes ou de questions fermées?
Is the questionnaire composed of mostly open-ended questions or closed-ended questions?
14. Est-ce que vous croyez que les questions fermées sont la meilleure façon d'obtenir des données sur la santé sexuelle d'une adolescente? Pourquoi?
Do you think that closed-ended questions are the best type of questions to obtain data on the sexual health of a teenage girl? Why?

15. D'après votre expérience, croyez-vous que les questions posées lors de la collecte des données encouragent le dialogue réciproque entre l'infirmière et la cliente adolescente? Pourquoi?
Based on your experience, do you think that closed-ended questions facilitate dialogue/conversation between the nurse and the teenage girl? Why?
16. D'après votre expérience, croyez-vous que les questions posées lors de la collecte des données favorisent le développement d'une relation thérapeutique? Pourquoi?
Based on your experience, do you think that the questions asked during data collection help build a therapeutic relationship with the client? Why?
17. Croyez-vous que certaines questions posées lors de la collecte de données suscitent des sentiments négatifs (par exemple : la honte, la gêne, la peur, la désapprobation morale) aux jeunes filles adolescentes? Si oui, lesquelles? Pourquoi?
Do you think that some of the questions asked during data collection may cause negative feelings such as shame, guilt, moral disapproval, etc. for teenage girls? Why?
18. Croyez-vous que les personnes atteintes d'une ITS sont victimes de stigmatisation? Si oui, croyez-vous qu'une population en particulière est plus victime de ce stigmata-là? Quels sont les facteurs qui peuvent contribuer au stigmata? Quel est le rôle de l'infirmière dans le processus de la stigmatisation en lien avec les ITS?
Do you think that people infected with an STI are victims of stigma? Do you think that some people are more victimized by the stigma associated with STIs? What are some of the factors that can contribute to stigma? What is the nurse in the process of stigmatization related to STIs?
19. Croyez-vous que la méthode de collecte de données (questionnaire) vous permet, en tant qu'infirmière, de déstigmatiser les ITS? Pourquoi?
Do you think that the data collection process (questionnaire) helps you, as a nurse, to destigmatize STIs? Why?
20. Croyez-vous que les questions posées lors de la collecte des données risquent de décourager les jeunes adolescentes qui consultent pour des tests de dépistage des ITS? Pourquoi?
Do you think that the questions asked during the data collection process may discourage teenage girls to accessing sexual health services for STI testing? Why?
21. Croyez-vous qu'il existe une meilleure façon de procéder pour la collecte de données auprès des clientes adolescentes?
Do you think there is a better way to obtain data on sexual health for teenage girls?

Appendice C
Formulaires de consentement français et anglais



uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé

École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences

School of Nursing

Formulaire de consentement

Femmes, ITS et stigmatisation : vers une compréhension féministe.

Responsable de la recherche : Fanie Normand, inf., BScN, Université d'Ottawa, Faculté des Sciences de la Santé, École des Sciences Infirmières, Pavillon Roger Guindon, 451 chemin Smyth, Université d'Ottawa (Ontario), K1H 8M5, Tél. : 613-

Superviseur de la recherche : Dave Holmes, Inf., PhD, Professeur agrégé, Université d'Ottawa, Faculté des Sciences de la Santé, École des Sciences Infirmières, Pavillon Roger Guindon, 451 chemin Smyth, Université d'Ottawa (Ontario), K1H 8M5, Tél. : 613-562-5800 poste 8341, Courriel : dholmes@uottawa.ca.

But de la recherche

Le but de la recherche est d'étudier la relation entre l'infirmière et la cliente adolescente consultant des services de santé sexuelle pour les infections transmises sexuellement (ITS). Plus précisément, la recherche tient à décrire et à comprendre la nature de la relation entre l'infirmière et la cliente lors de la rencontre initiale, soit l'étape de la collecte des données.

Votre participation

Dans la présente étude, le participant accepte de participer à une entrevue semi-structurée enregistrée d'une durée moyenne de 60 minutes. Le participant répondra à des questions ouvertes relativement à son expérience de travail auprès de clientes adolescentes en quête de tests de dépistage pour les ITS. Votre participation se limite à une seule rencontre qui aura lieu dans le bureau du superviseur de recherche à l'Université d'Ottawa. En tout temps vous êtes libre de vous retirer de l'étude et les informations recueillies seront détruites.

Risques et inconvénients associés à votre participation

La recherche entreprise n'engendre pas de risque sur la santé physique, psychologique ou sociale du participant. Aucune compensation financière ne vous sera accordée.

Bénéfices de votre participation à la recherche

Il n'y pas de bénéfices directs pour les participants, mais votre participation à cette recherche pourrait améliorer les services de santé sexuelle offerts aux adolescentes et de décrire le travail et le rôle de l'infirmière travaillant en clinique de santé sexuelle.

Confidentialité et conservation des données

La confidentialité sera respectée tout au long de l'étude. Votre identité sera protégée par l'attribution d'un alphanumérique qui empêchera tout rapprochements avec votre identité réelle. Les données recueillies seront conservées pour une période de cinq ans dans le bureau du directeur de recherche à l'Université d'Ottawa et seuls la responsable de la recherche et son superviseur auront accès aux données.

613 562-5473
613 562-5443

451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 Canada

www.uOttawa.ca



uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé

École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences

School of Nursing

Informations complémentaires

Pour obtenir de l'information supplémentaire concernant l'étude, veuillez communiquer avec la responsable de la recherche ou son superviseur, dont les coordonnées sont affichées ci-haut.

La présente étude est approuvée par le comité de déontologie de l'Université d'Ottawa. Ainsi, pour tout renseignement sur les aspects éthiques de la recherche, veuillez communiquer avec la Responsable de l'éthique en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, salle 159, Ottawa, ON, K1N 6N5, Tél. : 613-562-5841, Courriel : ethics@uottawa.ca.

Nous vous remercions pour votre participation et prière de garder une copie du formulaire de consentement.

Section à remplir par le participant :

Signature: _____ **Date :** _____

☎ 613 562-5473
📠 613 562-5443

451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 Canada

www.uOttawa.ca



uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé

École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences

School of Nursing

Consent Form

WOMEN, STIs AND STIGMATISATION: TOWARDS A FEMINIST COMPREHENSION

Researcher: Fanie Normand, RN, BScN, University of Ottawa, Faculty of Health Sciences, School of Nursing, Roger Guindon Pavilion, 451 Smyth Road, Ottawa, Ontario, K1H 8M5, fnormand@uottawa.ca

Supervisor: Dave Holmes, RN, PhD. Associate Professor, University of Ottawa, Faculty of Health Sciences, School of Nursing, Roger Guindon Pavilion, 451 Smyth Rd., Ottawa, Ontario, K1H 8M5, Tel. 613-562-5800 ext. 8341, Email: dholmes@uottawa.ca.

Research objectives

To understand the interaction process between the nurse and the teenage girl seeking sexual health services for sexually transmitted infection (STI) testing. More specifically, the goal of this research is to explore and understand the nature of the interaction process between the nurse and the client during the initial visit, i.e. data collection.

Contribution of participants / participation

Should you accept to participate in this research, you need to allocate the time needed to complete a 60-minute audio-recorded interview in order to answer the required questions. You will have to answer open-ended questions related to your work experience with teenage girls seeking STI testing. Only one interview will be necessary and will be held in the supervisor's office at the University of Ottawa. At any time, you may withdraw from this research by not contributing to the questions and the data collected so far will be destroyed.

Risks associated with your participation

This research does not generate any physical, psychological or social risk to your health. No remuneration will be offered to you.

Main benefits anticipated and related to research

There are no direct benefits for the participants, but by participating in this research, you could be promoting the improvement of nursing practice related to adapted sexual health services to teenage girls. You are also helping to clarify the role and the work of sexual health nurses.

Confidentiality and conservation of information

The confidentiality of information obtained will be respected for all participants taking part in this research. All participants will be attributed an alphanumeric code preventing any possibility of links between their real identity and their responses given. The interview materials will be kept in a locked file cabinet in the researcher supervisor's office at the University of Ottawa for 5 years and only the researcher and the researcher's supervisor will have access to the collected data.

☎ 613 562-5473
☎ 613 562-5443

451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 Canada

www.uOttawa.ca



uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé

École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences

School of Nursing

Additional questions or comments related to this research

The researcher and the researcher's supervisor are available to answer any questions you may have regarding this research project (contact information is posted above). If you have any ethical concerns regarding your participation in this research, you may contact the Protocol Officer for Ethics in Research, University of Ottawa, Tabaret Hall, 550 Cumberland Street, room 159, Ottawa, Ontario, K1N 6N5: 613.562.5841, email: ethics@ottawa.ca.

We thank you for participating in this research. There are two signed copies of this consent form, one of which is for you to keep.

**I hereby signed _____ (Name of participant) on
_____ (day and month) 2007.**

613 562-5473
613 562-5443

451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 Canada

www.uOttawa.ca

Appendice D
Attestation d'approbation d'éthique

Le 12 juillet 2007

Dave Holmes
École des sciences infirmières
Université d'Ottawa
451 chemin Smyth
Ottawa, ON K1H 8M5
Fanie Normand
707 rue Principale
Hawkesbury, ON K6A 1B3

**Objet : Femmes, ITS et stigmatisation : Vers une compréhension féministe
(Dossier # H05-07-06)**

Chers Monsieur Holmes et Mademoiselle Normand,

Vous trouverez ci-joint le certificat d'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) en Sciences de la Santé et Sciences pour votre projet de recherche.

Au cours de votre étude, toute modification au protocole ou aux formulaires ne peut être introduite sans l'approbation préalable écrite du CÉR. Vous devez aussi aviser, dans les plus brefs délais, le CÉR de tous événements ou expériences indésirables vécus par les participants.

Cette attestation d'approbation déontologique est **valide jusqu'au 12 juillet 2008**. Veuillez soumettre un rapport annuel à la Responsable de l'éthique en recherche en juillet 2008 pour soit fermer le dossier ou faire demande d'extension. Ce rapport se trouve à l'adresse suivante : http://www.rges.uottawa.ca/ethics/application_dwn.asp.

Une copie de cette approbation sera soumise aux Services de la Recherche, si nécessaire. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter au poste 1787.

Veuillez agréer mes sentiments les meilleurs.

Catherine Paquet
Responsable de l'éthique en recherche
Pour Daniel Lagarec, Président du CÉR

Université d'Ottawa - University of Ottawa**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE****EN SCIENCES DE LA SANTÉ ET SCIENCES****ATTESTATION D'APPROBATION ÉTHIQUE**

La présente attestation certifie que le Comité d'éthique de la recherche en Sciences de la Santé et Sciences de l'Université d'Ottawa a examiné la demande d'approbation éthique pour le projet de recherche **Femmes, ITS et stigmatisation : Vers une compréhension féministe (Dossier # H05-07-06)** présenté par Fanie Normand, étudiante à la maîtrise, et supervisé par Dave Holmes de l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa. Le Comité d'éthique a déterminé que la demande respectait les principes éthiques établis par l'Énoncé de politique des trois conseils et par les règles de procédure des Comités d'éthique de l'Université d'Ottawa. Le Comité d'éthique a donc accordé une catégorie 1a (approbation) à ce projet. La présente attestation est valide pour un an à partir de la date indiquée ci-dessous.

12 juillet 2007

Catherine Paquet Date

Responsable de l'éthique en recherche

Pour Daniel Lagarec, Président du CÉR en

Sciences de la Santé et Sciences Service de subventions de recherche et déontologie

Research Grants and Ethics Services 550, rue Cumberland Ottawa (Ontario) K1N 6N5

Canada 550 Cumberland Street Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada (613) 562-5841 •

Téléc./Fax (613) 562-5338 <http://www.uottawa.ca/services/research/rge/index.html>

Appendice E
Questionnaire

Client Assessment		
Name _____	File # _____	Date _____
Last name	First name	Year / Month / Day

Is your partner being examined today? no ☐ yes ☐ Name: _____ # _____

Assessment	
Allergies	no ☐ yes ☐ _____
Medication taken recently	no ☐ yes ☐ _____
Smoker	no ☐ yes ☐ Cigs/day _____ Duration: mths _____ yrs _____
IDU (ever shared needles/equipment)	no ☐ yes ☐ _____
Previous STDs ?	no ☐ yes ☐ _____
Sexual partner outside of Ottawa area	no ☐ yes ☐ Where? _____ When? _____
Regular partner	no ☐ yes ☐ How long? _____
Have you ever had a same sex partner	no ☐ yes ☐ _____
If Client under 14 years of age	Age of partner: _____

Partner information	Male	Female	Genital	Oral	Rectal	Protected
Last sexual contact				R _____	R _____	Oral _____
Yr _____ Mth _____ Day _____				P _____	P _____	Genital _____
Regular partner yes ☐ no ☐						Rectal _____
Last contact with different partner				R _____	R _____	Oral _____
Yr _____ Mth _____ Day _____				P _____	P _____	Genital _____
Regular partner yes ☐ no ☐						Rectal _____
Total # partners in past 3 months						
Total # partners in past year						
Total # of partners in lifetime						

R=received P=performed

Do you use condoms? Always ☐ Most of the time ☐ Sometimes ☐ Never ☐

Any sexual contacts under the influence of alcohol / drugs? no ☐ yes ☐ _____

Do you think you are at risk of an STD? No risk ☐ Low risk ☐ Medium risk ☐ High risk ☐

Contraception method used? _____ Problems? no ☐ yes ☐ _____

Gynecological assessment

L.N.M.P.: _____ Cycle _____ to _____ days Duration _____
 Year / Month / Day

Last PAP: _____ Where? _____ Normal? no ☐ yes ☐ _____
 Year / Month / Day

Heavier periods ?	no ☐ yes ☐	Lighter periods ?	no ☐ yes ☐
Unusual bleeding between periods ?	no ☐ yes ☐	Painful periods ?	no ☐ yes ☐
Gynecological problems	no ☐ yes ☐		

PHYSICIAN NOTES**Date/Time:****Discharge Summary:**

Diagnostic Testing Done				Diagnosis	✓	
Gram Stain		Cx / Ur ☐	Vaginal ☐	Rectal ☐	Bacterial Vaginosis	
Gr.Neg.	intra				Balanitis	
Diplo	extra				Contraception-Initiating	
WBC					Contraception-Annual	
Clue cells					Contraception-Emergency	
GV orgs.					Contraception-follow-up	
Trich					Chlamydia- case ☐ contact ☐	
Yeast					Epididymitis	
Other findings					Gonorrhea-case ☐ contact ☐	
Wetmount		Vaginal ☐			Infestations (scabies, lice, etc)	
Clue cells					Herpes	
Trich.					HPV (warts)	
Yeast					Molluscum	
			M.L.T.		MPC	
		Chlamydia	Gonorrhea		NGU	
Cervical		☐	☐		Non-STD	
Vaginal		☐	☐		PID	
Oral		☐	☐		Pregnancy _____ wks	
Rectal		☐	☐		Repeat PAP	
Urine		☐	☐		Skin lesions	
Urethral		☐	☐		Syphilis-stage _____ case ☐ contact ☐	
Serology:		Hep B	Hep C		Trichomonas	
HIV		VDRL	MHA/FTA		Ulceration NYD	
Others:		Blood HCG	Urine HCG		Yeast Vaginitis	
HSV		MSU	PAP		Other	
Prescription		Dosage		✓	OHIP Procedure	Code
Azithromycin					Intermediate assessment	A007
Bicillin					Minor assessment	A001
Cefixime					Consultation	A005
Doxycycline					Counselling (by M.D.):20 min. or more)	K013
Erythromycin					Smear	L643
Metronidazole					Wetmount	G012
Tetracycline					Pap smear	G365
Liquid nitrogen					Repeat Pap smear	+G394
Podophyllin					Urinalysis	G010
Depo-Provera					Pregnancy test	G005
Diaphragm	Size:				Injections with visit	G372
Plan B					Injections only	G373
IUD					Immunization with visit	G538
BCP/Patch/Ring					Immunization only	G539
Acyclovir					Venipuncture	+G489
Famcyclovir					Basic fee (only reason for visit +)	G700
Valacyclovir					Cryotherapy-female	Z733
Antifungal					Cryotherapy-male	Z117
Hep B vaccine	#1 #2 #3				IUD Insertion	G378
Other					Anoscopy	Z543
					Other	

Physician (pls print name) _____