

Université de Montréal

Modélisation de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès de jeunes âgés de 14 à 24 ans dans un service de première ligne selon une perspective féministe intersectionnelle

Par

Eugénie Loslier-Pellerin

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté

en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M.Sc.)

en sciences infirmières, option expertise-conseil

17 Mars 2022

© Eugénie Loslier-Pellerin, Mars 2022

Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières

---

Ce mémoire intitulé

Modélisation de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès de jeunes âgés de 14 à 24 ans dans un service de première ligne selon une perspective féministe intersectionnelle

**Présenté par**

**Eugénie Loslier-Pellerin**

*A été évalué par un jury composé des personnes suivantes*

**Étienne Paradis-Gagné**  
Président rapporteur

**Sylvie Gendron**  
Directrice de recherche et membre du jury

**Bilkis Vissandjee**  
Membre du jury

## Résumé

Par son mandat salutogénique, la pratique infirmière en santé sexuelle auprès d'adolescents et de jeunes adultes doit demeurer sensible aux déterminants sociaux générateurs d'inégalités de santé. Cependant, cette pratique met davantage l'accent sur des activités de prévention de maladies et de grossesses non-désirées et considère peu les déterminants sociaux qui conditionnent les sexualités. Le but de cette étude est de modéliser la pratique infirmière en santé sexuelle auprès de jeunes âgés de 14 à 24 ans. Afin de considérer la nature multidimensionnelle des sexualités, tout en optant pour une posture critique au regard des inégalités sociales qui les façonnent, une conception systémique complexe de la pratique infirmière a été combinée à une perspective féministe intersectionnelle. Un devis de recherche descriptif interprétatif a été déployé en 2020-2021 dans un centre de santé communautaire qui offre des services de santé sexuelle aux jeunes. Six entretiens semi-dirigés ont été effectués auprès de deux gestionnaires et deux infirmières. Les analyses thématiques et la modélisation systémique proposent quatre leviers d'une pratique infirmière en santé sexuelle et critique des inégalités sociales : 1) une finalité de dépassement impliquant que les infirmières encouragent les jeunes à surpasser leurs fragilités multiples tout en se dépassant elles-mêmes; 2) la sensibilité aux identités particulières dévoilant un engagement auprès des sexualités plurielles; 3) un climat d'alliances entre les infirmières, les jeunes, les autres professionnelLES et organismes communautaires; et 4) la réflexivité entre les réalités des personnes soignées et soignantes et le monde social dans lequel elles évoluent. Enfin, cette étude souligne l'apport de référents théoriques systémiques et critiques pour interpeller le potentiel émancipatoire de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes.

**Mots Clés :** pratique infirmière, perspective féministe intersectionnelle, santé sexuelle, adolescents, jeunes adultes, perspective systémique, recherche qualitative, complexité, réflexivité, inégalités de santé.

### **Abstract**

Given its salutogenic mandate, nursing practice in sexual health with adolescents and young adults must remain sensitive to social determinants that generate health inequalities. However, nursing practice in sexual health tends to prioritize disease and pregnancy prevention activities, with little focus on the social determinants that condition sexualities. The purpose of this study is to produce a theory-based model of nursing practice in sexual health for youth. We combined a complex systemic framework of nursing practice with an intersectional feminist posture to consider the multidimensional nature of sexualities, with a view to critically address social inequalities in sexual health and identities. An interpretive descriptive study design was conducted in 2020-2021 in a Community Health Center that offers sexual health services to youth aged 14 to 24. Six semi-directed interviews with two managers and two nurse were completed. Thematic analyses and systemic modelling resulted in four inter-related nursing practice processes. Considered as a system, these processes are key to critically addressing social inequalities in youth sexual health and identities: 1) overcoming conditions that incapacitate youth as well as nurses who care for youth, 2) being sensitive to the plurality of youth sexualities encountered, 3) creating a climate of alliances with youth and other health professionals and community actors and finally, 4) being able to grasp the ongoing reflexivity between the realities of youth, nurses and the social world in which they evolve. This study highlights the contribution of systemic thinking and critical perspectives to expand our understanding of the emancipatory potential of nursing practice in sexual health for youth.

**Key words:** nursing practice, intersectional feminist perspective, sexual health, adolescents, young adults, systemic modelling, qualitative research, complexity, reflexivity, social inequalities in sexual health and identities.

## Table des matières

Résumé .....	iii
Abstract .....	iv
Liste des figures .....	ix
Liste des sigles et des abréviations .....	x
Remerciements.....	xi
Avant - propos .....	xii
<b>Chapitre 1 - Problématique de la recherche.....</b>	<b>14</b>
1.1 Introduction : Pratique infirmière et pluralité de sexualités.....	14
1.2 Une pratique infirmière inclusive pour ne pas reproduire des inégalités sociales .....	15
1.3 Les réalités de la pratique infirmière en santé sexuelle .....	16
1.4 Une perspective féministe intersectionnelle pour la pratique infirmière .....	18
1.5 But de la recherche.....	20
1.5.1 Retombées pour les sciences infirmières .....	20
<b>Chapitre 2 - Repères théoriques .....</b>	<b>21</b>
2.1 Repères théoriques délimitant l'objet d'étude et orientant la méthode.....	21
2.1.1 Conception systémique de la pratique infirmière.....	21
2.1.2 Perspective féministe intersectionnelle.....	22
2.2 Posture épistémologique et disciplinaire .....	23
<b>Chapitre 3 - Recension des écrits .....</b>	<b>25</b>
3.1 Méthode.....	25
3.1.1 Sélection des articles .....	25
3.2 État des connaissances .....	27
3.2.1 Les pratiques professionnelles adressant les sexualités des jeunes.....	27
3.2.2 Des recommandations pour des pratiques professionnelles inclusives .....	31
3.2.3 Les cadres et repères théoriques utilisés .....	35
<b>Chapitre 4 - Méthode.....</b>	<b>39</b>
4.1 Devis de recherche .....	39
4.2 Sélection, description et entrée dans le milieu .....	39
4.2.1 Description du centre de santé .....	40
4.2.2 Entrée dans le milieu .....	40

4.3	Échantillonnage, accès et recrutement.....	41
4.3.1	Accès et recrutement des participantEs.....	42
4.3.2	Profil des participantEs de l'étude.....	45
4.4	Collecte de données par entretien semi-dirigé.....	45
4.4.1	Contenu des entretiens.....	46
4.4.2	Déroulement des entretiens.....	47
4.5	Gestion du matériel de recherche.....	49
4.5.1	Données des entretiens.....	49
4.5.2	Journal de bord.....	50
4.5.3	Dénominalisation et sécurité.....	50
4.6	Analyse qualitative des données.....	50
4.6.1	Immersion dans les données.....	50
4.6.2	Codage générique.....	51
4.6.3	Regroupement de codes et interprétations.....	51
4.6.4	Thématisation et modélisation.....	52
4.7	Critères de qualité.....	53
4.7.1	Intégrité épistémologique.....	53
4.7.2	Horizontalité.....	53
4.7.3	Transparence méthodologique.....	53
4.7.4	Crédibilité des résultats.....	54
4.8	Considérations éthiques.....	54
4.8.1	Approbation des comités d'évaluation.....	54
4.8.2	Consentement libre, éclairé et continu.....	54
4.8.3	Confidentialité des données.....	55
4.8.4	Dénonciations et critiques de la part des participantEs.....	55
<b>Chapitre 5 - Résultats.....</b>		<b>56</b>
5.1	Une finalité de dépassement.....	56
5.1.1	Les sexualités conçues dans leur globalité.....	57
5.1.2	Des visées d'émancipation.....	59
5.2	Un espace relationnel de pouvoirs et de savoirs.....	62
5.2.1	Un rapport à l'autre marqué de pouvoirs inégaux.....	62
5.2.2	Des savoirs mobilisés pour transformer les rapports entre l'infirmière et les jeunes.....	63
5.3	Des activités de connexion.....	70
5.3.1	Des activités pour connaître l'autre.....	71
5.3.2	Des activités centrées sur l'autre.....	71
5.3.3	Des activités d'enracinement.....	72
5.4	Un environnement non-hiérarchique.....	73
5.4.1	Un rapport générateur d'autonomie infirmière.....	74
5.4.2	Une alliance entre le milieu de soins et la communauté.....	78

5.5	Modélisation d'une pratique infirmière de première ligne en santé sexuelle auprès des jeunes selon une perspective féministe intersectionnelle .....	80
5.5.1	Un dépassement pour l'ensemble des acteurs .....	81
5.5.2	Une sensibilité aux identités particulières .....	81
5.5.3	Un climat d'alliances multiples .....	82
5.5.4	La réflexivité de la pratique infirmière.....	82
<b>Chapitre 6 – Discussion .....</b>		<b>84</b>
6.1	Les résultats en dialogue avec l'état des connaissances .....	84
6.1.1	Un dépassement pour tous les acteurs .....	84
6.1.2	Une sensibilité aux identités particulières .....	87
6.1.3	Un climat d'alliances multiples .....	88
6.1.4	La réflexivité de la pratique infirmière.....	90
6.2	Les forces de cette recherche .....	92
6.2.1	Les apports des repères théoriques .....	92
6.2.2	Les forces méthodologiques .....	94
6.3	La portée de l'étude .....	95
6.3.1	Des infirmières participantEs pratiquant dans une même équipe de soin .....	95
6.3.2	Méthode de collecte des données par entretien semi-dirigé.....	96
6.4	Recommandations au terme de la recherche .....	97
6.4.1	Pour la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes.....	97
6.4.2	Pour la gestion.....	98
6.4.3	Pour la formation .....	99
6.4.4	Pour la recherche.....	99
<b>Conclusion .....</b>		<b>101</b>
<b>Références.....</b>		<b>103</b>
<b>ANNEXE A - « La pratique infirmière comme système complexe, selon les composantes du modèle de Le Moigne » (Richard, 2013, p. 30).....</b>		<b>113</b>
<b>ANNEXE B - Canevas des fiches de lecture .....</b>		<b>115</b>
<b>ANNEXE C - Lettre de présentation : entrée dans le milieu .....</b>		<b>117</b>
<b>ANNEXE D - Certificat d'éthique du CERSES .....</b>		<b>120</b>
<b>ANNEXE E - Approbation du CÉIPOR-Csc.....</b>		<b>122</b>
<b>ANNEXE F - Envoi électronique aux gestionnaires du Csc pour sollicitation au projet .....</b>		<b>124</b>
<b>ANNEXE G - Formulaire d'information et de consentement pour les professionnelLes exerçant des fonctions de gestion .....</b>		<b>127</b>

<b>ANNEXE H - Formulaire d'information et de consentement pour les infirmières.....</b>	<b>134</b>
<b>ANNEXE I - Premier guide d'entretien avec les infirmières .....</b>	<b>142</b>
<b>ANNEXE J - Guide d'entretien avec les professionnelLes exerçant des fonctions de gestion .....</b>	<b>147</b>
<b>ANNEXE K - Exemple de résumé du premier entretien avec les IP .....</b>	<b>152</b>
<b>ANNEXE L - Guide d'entretien pour les deuxièmes entretiens avec les IP .....</b>	<b>154</b>
<b>ANNEXE M - Extraits d'entrées du journal de bord .....</b>	<b>156</b>
<b>ANNEXE N - Extrait du lexique de codage .....</b>	<b>159</b>
<b>ANNEXE O - Extrait du matériel de recherche regroupé pour un code.....</b>	<b>161</b>
<b>ANNEXE P - Exemple d'un schéma utilisé pour réfléchir les données .....</b>	<b>163</b>

**Liste des figures**

<b>Figure 1</b> - Modélisation de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes selon une perspective féministe intersectionnelle .....	80
--	----

**Liste des sigles et des abréviations**

COU : Contraception orale d'urgence

Csc : Centre de santé communautaire

DSI/ICC : Direction des soins infirmiers/Infirmière conseillère-cadre

EC : Étudiante - Chercheure

FIC : Formulaire d'information et de consentement

GP : Gestionnaire participantE

IP : Infirmière participantE

ITSS : Infections transmissibles sexuellement et par le sang

LGBTQ+ : Désigne les personnes lesbiennes, Gais, BisexuelLEs, Trans, *Queer* ainsi que toutE individuE ne s'identifiant pas comme une personne cis et/ou hétérosexuelle

RT : Repère théorique

T.S : Travailleur-euse socialE

## Remerciements

Je ne pourrais déposer ce mémoire sans souligner le soutien exceptionnel de mon entourage sans qui, je n'aurais sans doute pas pu aller jusqu'au bout de ce projet d'étude.

Tout d'abord, merci du fond du cœur à ma directrice de mémoire Sylvie, qui m'a accompagné avec intelligence et patience, toujours en sachant quelle brique poser pour me permettre de me dépasser. Sylvie, merci d'avoir cru en moi et de m'avoir appris à naviguer dans cet océan de savoirs avec passion, créativité et critique.

Merci à mes parents qui m'ont montré à aborder le monde avec sensibilité et curiosité tout en m'encourageant à poursuivre dans le chemin de mes ambitions. Je vous suis infiniment reconnaissante pour ce précieux soutien que vous m'avez offert affectueusement et aveuglément depuis mes tous débuts.

Merci à mes amies Isis, Ari, Isa, Lella, Annab et Math qui ont fait grandir mon féminisme au travers intelligence créative, fougue et compréhension. Sans vous, je ne saurais que faire de ce qui m'anime.

Merci à Ahmed, colocataire et partenaire d'étude formidable. À Jess, amie dévouée qui m'a maintes fois portée mains fortes pendant la réalisation de ce mémoire.

Merci à Mathieu, si loin mais toujours proche.

Enfin un merci tout spécial et que de tendresse au grand B, ami de toutes ses années, devenu celui de mon cœur, qui a toujours si bien trouvé les mots pour remonter mes creux et soutenir mes élans.

## Avant - propos

Militante féministe depuis mon adolescence, mon féminisme a été nourri de rencontres, d'amitiés, de lectures et de musique. Il est pour moi à la fois un regard sur le monde et une manière de grandir dans celui-ci. Pratiquant comme infirmière dans des services de premières lignes depuis quelques années auprès des jeunes et dans le domaine des sexualités, mon féminisme influence ma pratique tout comme ma volonté d'améliorer celle-ci afin qu'elle œuvre, avec cœur, justice et inclusivité, pour toutes ces elles, ils et iels de ce monde. Dans cette idée, ce retour aux études supérieures était pour moi, une façon de joindre mon féminisme à ma pratique infirmière. Ayant la profonde conviction que celle-ci a le potentiel d'être un agent de transformation sociale, je me suis ainsi plongée durant cette maîtrise dans de multiples considérations académiques qui m'auront réconforté quant au besoin de concevoir une pratique infirmière féministe en santé sexuelle auprès des jeunes.

Historiquement, le féminisme a connu plusieurs courants desquels a émergé une diversité de concepts, perspectives, idées et revendications de lutte. Ces courants ne se racontant pas linéairement s'inscrivent plutôt dans une arborescence historique dont les ramifications s'entrecroisent, se chevauchent et parfois divergent complètement les unes des autres (Collin, 2014). De manière générale, on conçoit néanmoins l'existence de quatre vagues, lesquelles sont découpées dans le temps, identifiables par des événements marquants ou un ensemble d'idées propres (Malinowska, 2020). Mon féminisme puise son inspiration tout d'abord des pratiques *self-help* de la deuxième vague féministe vers la fin des années 1960. Celles-ci, reconnaissant que le patriarcat a soumis le corps des femmes à de multiples formes de violences, offraient des espaces pour que les femmes puissent se réapproprier leurs savoirs et leurs sexualités. Le soin était alors un espace de lutte pour la justice sociale (Lalman, 2013). Mon féminisme s'inspire ensuite des théories féministes intersectionnelles qui, en réponse à un féminisme « blanc », ont mis de l'avant durant la troisième vague l'existence d'autres formes d'oppressions sociales en plus du sexisme. Ces théories ont en outre relevé l'existence d'une pluralité d'expériences à la fois individuelles et collectives qui se retrouvent au croisement de différentes catégories sociales.

Animée de ces postulats, cette étude empirique s'inscrit ainsi dans le champ des recherches féministes. Afin de faire preuve d'une cohérence épistémologique et méthodologique, elle comporte certaines caractéristiques plus rarement observées dans la littérature scientifique.

Tout d'abord, j'utiliserai le « je » tout au long de ce mémoire pour rappeler aux lecteurEs que malgré l'objectivité de cette recherche une certaine subjectivité subsiste. Ce « je » s'avère ainsi être un des points de départ de cette recherche.

Ensuite, la féminisation sera employée pour éviter les formulations sexistes susceptibles d'être véhiculées par la langue française (Pleško, 2012). L'utilisation de la majuscule en fin de mot pour désigner la forme féminine d'un terme (Abbou et Candea, 2021) a été choisie afin de mettre l'accent sur le genre féminin, souvent escompté dans les textes et ouvrages littéraires et scientifiques.

Puis, afin de souligner le genre des autrices des articles utilisés pour produire ce mémoire, les prénoms des chercheurEs ont été inclus dans les références citées au sein même du texte. J'ai également choisi de mettre en lumière au sein des référents théoriques, les autrices du *Black Feminism*, pionnières des perspectives intersectionnelles afin de souligner le travail de ces militantes pour améliorer leur propre condition sociale et remettre en question différentes formes de rapports de pouvoirs.

Enfin, je tiens à préciser, ma conception du genre et du sexe, telle que reflétée au sein de ce mémoire. Je fais une distinction entre le sexe et le genre. Le sexe est une dimension physique des sexualités, laquelle se réfère aux caractères physiologiques et anatomiques qui distinguent les corps masculins, féminins ou intersexués (Femmes Autochtones du Québec, 2011). Distinctement, le genre ne se détermine pas biologiquement, il réfère plutôt à une dimension subjective des sexualités en relation à des normes sociales associées aux différents sexes. Je conçois également que le genre est un vecteur d'inégalité sociale puisqu'il est « un élément constitutif de rapports sociaux fondés sur des différences perçues entre les sexes » (Scott et Varikas, 1988, p. 141).

## Chapitre 1 - Problématique de la recherche

### 1.1 Introduction : Pratique infirmière et pluralité de sexualités

La sexualité est multidimensionnelle (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2006). Elle englobe à la fois l'image corporelle, le sexe biologique, des fonctions reproductrices, l'identité sexuelle, des comportements, des croyances, des réponses physiologiques (Femmes autochtones du Québec, 2011). La sexualité est, en l'occurrence, un état à la fois physique, psychologique, affectif et social qui peut s'exprimer par diverses pratiques individuelles, interpersonnelles ou sociales (La Corps Féministe, 2019).

La sexualité est, par ailleurs, dynamique puisqu'elle se module et se transforme selon la trajectoire de vie de chaque individuE (La Corps Féministe, 2019). L'adolescence ainsi que le début de l'âge adulte s'avèrent des périodes cruciales dans cette trajectoire. En effet, les jeunes<sup>1</sup> âgés de 14 à 24 ans font face à de nouvelles situations dont, les premières relations sexuelles, des changements hormonaux et physiques, de nouvelles attirances, les pratiques contraceptives, le risque d'être exposé à une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS) ou des premières grossesses, désirées ou non (Rodriguez-Tomé, Jackson et Bariaud, 1999). Au travers cette trajectoire, plusieurs conditions participent à façonner les sexualités des jeunes. Les déterminants sociaux de la santé tels que la scolarité, le genre, la culture, l'accès aux services de santé, le soutien social, les modèles de comportements sains et les expériences vécues pendant l'enfance (Association Canadienne de Santé Publique, 2010), tout comme la religion, les publicités et les médias conditionnent la sexualité des jeunes (La Corps féministe, 2019). Considérant la multiplicité de ces conditions, il n'existe pas une sexualité, mais une pluralité de sexualités.

Au Québec, des services de santé en première ligne, tels que les cliniques jeunesse, les soins courants ou les milieux scolaires, intègrent une pratique infirmière qui aborde les sexualités des jeunes. Dans ces services, les soins offerts sont désignés selon le terme de « santé sexuelle<sup>2</sup> » et la pratique infirmière qui y est déployée, s'adonne à une diversité d'activités préventives et de promotion de la santé auprès d'une population provenant de milieux socioéconomiques et culturels différents (Carde et Baillergeau, 2013). De par la nature des soins prodigués, les

---

<sup>1</sup> Le terme « jeune » sera utilisé pour désigner les personnes âgés de 14 à 24 ans. L'intérêt porté à cette tranche d'âge fait écho à la population desservie par les cliniques jeunesse offrant des services sociaux et de santé au Québec (Carde et Baillergeau, 2013).

<sup>2</sup> Pour respecter la terminologie de ces services, le terme « santé sexuelle » sera utilisé pour parler des pratiques professionnelles en « santé sexuelle ». Le terme « sexualités » sera néanmoins employé lorsque les sexualités des jeunes seront abordées spécifiquement.

infirmières<sup>3</sup> développent, au sein de leur pratique, une relation de proximité avec les jeunes rencontrés, ce qui les place, en position idéale pour accompagner ces dernier·ère·s dans la trajectoire de leur sexualité, au travers une hétérogénéité de parcours qui suscitent l'expression ou la manifestation de diverses manières de vivre sa sexualité (Burton, 2016). En ce sens, afin qu'elle soit centrée sur les besoins des jeunes, la pratique infirmière en santé sexuelle dans les services jeunesse invoque une posture inclusive, ouverte à la pluralité (Lim, Brown et Kim, 2014) et qui tient compte du contexte social dans lequel ces sexualités s'inscrivent (Burton, 2016).

## 1.2 Une pratique infirmière inclusive pour ne pas reproduire des inégalités sociales

Parmi les conditions façonnant les sexualités, les inégalités sociales, notamment, la distribution inégale des ressources et des pouvoirs entre les individuEs selon le genre, l'orientation sexuelle, le statut socioéconomique ainsi que la race<sup>4</sup>, fragilisent particulièrement les sexualités des jeunes (Burton, 2016; Cassidy, Goldberg et Aston, 2016; La Corps Féministe, 2019). Par exemple, les jeunes vivant dans des milieux précaires rencontrent différentes barrières d'accès aux soins en santé sexuelle qui nuisent à leur suivi de santé (Carde et Baillergeau, 2013). Les adolescentes, faisant face à des inégalités de pouvoir dans leurs relations amoureuses hétérosexuelles, sont plus particulièrement à risque d'agressions sexuelles (Hebert, Blais et Lavoie, 2017). Les jeunes LGBTQ+ quant à eux·elles·iels, discriminés pour leur identité sexuelle, entre pairEs ou socialement, sont plus à risque de développer des troubles anxieux (Szymanski et Owens, 2009).

Considérant les impacts des inégalités sociales sur les sexualités, une pratique infirmière inclusive, et agissant sur les conditions génératrices d'inégalités sociales, s'avère d'autant plus justifiée. À cet égard, le modèle de soin développé par l'Association des infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada [AIIC] (2011) met l'accent sur le mandat salutogénique de la pratique infirmière et encourage une approche inclusive aux valeurs d'équité et de justice sociale. Le Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025, qui reconnaît les impacts des inégalités sociales sur la santé, soulève l'importance d'assurer une offre de services inclusive auprès de populations plus vulnérables pour favoriser une population en santé. L'institut national

---

<sup>3</sup> Le genre féminin sera utilisé pour désigner les infirmières de genre féminin et masculin. Ceci, afin d'alléger la lecture du texte et relever la forte prédominance de femmes pratiquant la profession infirmière au Québec.

<sup>4</sup> Le terme « race » est utilisé pour respecter la terminologie et les idées des penseuses du *Black Feminism*. Il se réfère à une catégorie sociale regroupant les individus en fonction de leur origine ethnique, géographique et culturelle.

de santé publique (INSPQ) offre, par ailleurs, une formation aux professionnelLEs de la santé sur la diversité sexuelle<sup>5</sup> afin que leur pratique puisse notamment devenir un vecteur d'action contre les discriminations vécues par la population LGBTQ+<sup>6</sup>. Enfin, reconnaissant que les soins peuvent générer des conditions qui entretiennent inégalités sociales, la Fédération du Québec pour le *planning* des naissances (FQPN) a adopté une position féministe et critique qui met de l'avant une approche globale des sexualités qui soit inclusive et émancipatrice (FQPN, 2014).

En somme, un consensus prend forme depuis la dernière décennie. Une pratique infirmière inclusive en santé sexuelle apparaît souhaitable pour contribuer à la réduction d'inégalités sociales.

### 1.3 Les réalités de la pratique infirmière en santé sexuelle

Il semble toutefois qu'il existe un important fossé entre l'idée d'une pratique infirmière inclusive en santé sexuelle et ce qui est reflété par les milieux de soins ou le portrait que dégagent les écrits scientifiques.

Au Québec, des pratiques infirmières en santé sexuelle auprès de jeunes qui intègrent une approche inclusive se basant sur des valeurs de justices sociales existent. Celles-ci sont toutefois peu documentées et restent principalement dans le milieu communautaire (p.ex. : Centre de santé des femmes<sup>7</sup>; À deux mains<sup>8</sup>).

En ce qui concerne les milieux de soins institutionnels de première ligne, la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes est généralement circonscrite aux activités de dépistage ou à celles liées à la contraception. De telles activités correspondent aux priorités de santé publique soit, la réduction de la prévalence des ITSS et des grossesses non désirées ainsi que la prévention des violences dans les relations amoureuses (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSSQ], 2015). Par ailleurs, les services jeunesse de première ligne mettent l'accent sur le *counseling* lié à la contraception et le dépistage d'ITSS (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018). L'emphasis mis sur ces enjeux participerait à entretenir une image négative des sexualités, porteuses de conséquences néfastes. Cette situation nuirait davantage aux jeunes filles qui tendent à intérioriser les craintes de devenir enceinte ou de

---

<sup>5</sup> Le terme « diversité sexuelle » désigne tout individuE ayant des pratiques non-hétéronormée et/ou ne s'identifiant pas comme une personne cis et/ou hétérosexuelle.

<sup>6</sup> Information repérée à <https://www.inspq.qc.ca/formation/institut/s sexes-genres-et-orientations-sexuelles-comprendre-la-diversite-niveau-1>

<sup>7</sup> Information repérée à <http://www.csfmontreal.qc.ca/wp/notre-histoire/>

<sup>8</sup> Information repérée à <https://headandhands.ca/>

contracter des maladies (Kelly, Bobo, Avery et McLachlan, 2004). Leur agentivité sexuelle<sup>9</sup>, fragilisée au profit d'une conception holistique des sexualités, serait un vecteur de reproduction d'inégalités sociales liées au genre (Lang, 2011). D'autres observations ainsi que mes expériences suggèrent, par ailleurs, que la pratique infirmière peut contribuer à (re)produire des inégalités sociales, sans que cela soit intentionnel. Par exemple, le matériel éducatif utilisé par des infirmières pour l'éducation sexuelle, présente souvent l'identité sexuelle de manière binaire : les « garçons » versus les « filles ». De plus, ce matériel représente généralement les jeunes avec des traits occidentaux, la peau blanche et disposant de ressources matérielles de la classe moyenne; et l'orientation hétérosexuelle est souvent présumée, omettant ainsi d'aborder les relations homosexuelles. Révélant une approche hétéronormée et « blanche » (Allen, 2006), la pratique infirmière entretient ainsi une image normative des sexualités et l'idée qu'il existe une seule façon de vivre sa sexualité. Ceci maintient, inévitablement, certaines populations dans la marginalité (Lim et al., 2014).

De plus, les articles de recherche en sciences infirmières décrivent principalement des pratiques infirmières liées aux activités contraceptives (Minnis, Mavedzenge, Luecke et Dehlendorf, 2014; Moriarty Daley et Polifroni, 2018) et au dépistage d'ITSS (Chacko et al., 2014). D'autres présentent des outils de la pratique infirmière pour évaluer la santé sexuelle (Miller et al., 2019) et soulignent le rôle des infirmières dans la prévention de comportements sexuels dit « à risque » (Sieving et al., 2011). Ces recherches, ayant principalement pour objet des interventions de prévention des ITSS ou de grossesses non désirées, utilisent rarement une perspective critique et abordent peu la manière dont la pratique infirmière tient compte de la pluralité des sexualités et des inégalités sociales. Elles présentent plutôt une approche hétérosexiste et prennent peu ou pas en compte la pluralité et la diversité des sexualités des jeunes. De telles recherches participent ainsi au développement d'une pratique infirmière qui reproduit potentiellement des inégalités sociales par la stigmatisation ou l'invisibilité de certaines populations et l'absence de reconnaissance de leurs besoins. Par ailleurs, elles formulent peu de leviers pouvant guider le développement de meilleures pratiques centrées sur les sexualités des jeunes dans une optique de réduction des inégalités sociales.

Les études empiriques examinant les pratiques professionnelles autres qu'infirmières, dans le domaine des sexualités des jeunes, offrent un portrait similaire à ce qui précède. Qu'il

---

<sup>9</sup> L'agentivité sexuelle désigne la capacité de prendre en charge volontairement et positivement sa sexualité (Lang, 2011).

s'agisse des domaines du travail social, de la psychologie, en sexologie ou en éducation, les connaissances disponibles révèlent différents vecteurs par lesquels les inégalités sociales sont potentiellement entretenues au sein des pratiques professionnelles déployées auprès des jeunes. Y sont documentés des approches hétérosexistes dans les cours d'éducation sexuelle qui associent les risques liés aux sexualités surtout aux jeunes filles, ce qui déresponsabiliserait les jeunes garçons des grossesses non désirées et de la transmission des ITSS (Quinlan et Bute, 2013). Par ailleurs, l'approche individuelle employée par les professionnelLEs, sans tenir compte du contexte social, tiendrait responsables les jeunes filles des risques auxquels elles sont exposées ou de leur incapacité de se protéger (Fallon, 2003). D'autres études documentent le malaise des professionnelLEs face aux personnes *queer* (Harbin, Beagan et Goldberg, 2012); ou des comportements homophobes (Lim et al., 2014).

Somme toute, malgré les orientations et recommandations gouvernementales, les recherches empiriques et mes observations reflètent qu'une pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes, sensible à l'inclusion et au potentiel de reproduction des inégalités sociales, demeure un projet à réaliser, notamment dans des milieux de pratique institutionnels. Les savoirs disponibles incitent à repenser la pratique infirmière afin de poursuivre le développement de connaissances empiriques qui soient pertinentes pour une pratique qui vise la réduction des inégalités sociales.

#### **1.4 Une perspective féministe intersectionnelle pour la pratique infirmière**

Il existe une diversité de perspectives, d'approches ou de théories féministes (Collins, 2016). En sciences infirmières, une attention particulière est désormais accordée à une perspective féministe intersectionnelle, parfois sous le vocable d'une approche post-colonialiste, du moins au niveau conceptuel (Reimer-Kirkham et Anderson, 2002).

Reflète d'un champ de pensée complexe en émergence, le concept d'intersectionnalité offre un prisme théorique au travers duquel aborder la diversité des déterminants de la santé qui conditionnent les expériences vécues plurielles de santé et la (re)production d'inégalités sociales. Engageant une vision analytique de rapports de pouvoirs au sein de pratiques sociales pour comprendre une situation au travers de l'enchevêtrement de vecteurs d'oppressions (Crenshaw, 1989), ce concept reconnaît la multiplicité des vecteurs d'inégalités sociales s'immisçant à des niveaux micro et macrosocial (Collins, 2016). Les penseuses du *Black*

*Feminism*<sup>10</sup>, instigatrices des théories intersectionnelles, ont initialement suggéré que ces vecteurs passent par les catégories sociales de « classe », de « sexe/genre » et de « race » (Crenshaw, 1989). D'autres vecteurs ont par la suite été relevés tels que l'« orientation sexuelle » et l'« handicap » (Bilge, 2015; Collins, 2016).

Dans la mesure où la pratique infirmière peut être conçue comme une pratique sociale (Kagan, Smith, et Chinn, 2014), une telle lecture des inégalités sociales invite à une analyse complexe et profonde qui prend en compte l'ensemble des pouvoirs existants (Institut en recherche et études féministes [ICREF], 2006), notamment au sein des dynamiques auxquelles réfèrent les déterminants sociaux de la santé et dans la pratique contemporaine du soin (Harbin et al., 2012). De plus, ce concept évite une analyse binaire de la pratique infirmière en santé sexuelle, notamment pour concevoir une pratique qui soit sensible la pluralité des sexualités et pour dépasser une approche centrée sur les ITSS et la contraception (Burton, 2016).

Néanmoins, en sciences infirmières, les études empiriques féministes qui abordent les sexualités des jeunes, pour la plupart, ne précisent pas la branche du féminisme dans laquelle elles s'inscrivent et n'ont pas pour objet spécifique la pratique infirmière. Ces études questionnent plutôt des situations de santé des personnes comme, par exemple, l'expérience des femmes vivant avec une ITSS (East, Jackson, O'Brien et Peters, 2015) ou avec l'endométriose (Gilmour, Huntington et Wilson, 2008), puis énoncent des recommandations pour la pratique, sans porter un regard sur la pratique en soi.

L'exploration de recherches empiriques féministes menées dans d'autres disciplines consolide l'intérêt d'une perspective féministe pour concevoir une pratique infirmière en santé sexuelle qui soit inclusive et ayant le potentiel d'agir sur les inégalités sociales. Par exemple, en psychologie, une étude suggère qu'une intervention de groupe adoptant une approche féministe auprès de femmes lesbiennes ou bisexuelles aide à diminuer la détresse psychologique induite par le l'hétérosexisme intériorisé (Szymanski et Owens, 2009). Également, une étude en sexologie fait état des bénéfices d'une intervention de groupe féministe organisée par les Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) pour les femmes ayant vécu des agressions sexuelles (Hebert et Bergeron, 2007b). La perspective intersectionnelle restant en marge de ces études, des pistes pour des recherches futures privilégient toutefois des principes de l'intersectionnalité. Une étude en sociologie (Levine, 2017) et une autre de la discipline de

---

<sup>10</sup> Courant de pensée féministe né dans les années 1960-70 des féministes noires américaines militant à la fois contre le sexisme et contre le racisme (Falquet, 2006).

l'enseignement (McAllum, 2018), suggèrent en ce sens l'impératif de consolider l'analyse genrée par l'ajout d'autres variables telles que la race et le milieu économique dans les programmes pour prévenir les violences sexuelles (Levine, 2017) et dans les cours d'éducation sexuelle (McAllum, 2018). Une autre étude relève que des propos sexistes et racistes ainsi qu'une vision négative des sexualités peuvent être entretenus par des programmes d'éducation sexuelle adoptant une approche féministe (Bay-Cheng et Lewis, 2006); et au terme de leur analyse, les autrices font référence à des principes d'inclusivité des sexualités pour repenser la pratique soutenant ainsi l'attrait d'y intégrer la notion d'intersectionnalité (Bay-Cheng et Lewis, 2006).

En somme, dans la mesure où une perspective féministe intersectionnelle se fonde sur des principes d'inclusion permettant de prendre en compte diverses conditions qui façonnent les sexualités; et qu'elle offre une conception analytique critique de vecteurs de reproduction d'inégalités sociales dans des pratiques sociales, il apparaît pertinent de retenir ce repère théorique pour explorer la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes.

## **1.5 But de la recherche**

Au vu de la problématique énoncée, une pratique infirmière inclusive en santé sexuelle auprès des jeunes devrait être envisagée pour aborder la pluralité des sexualités et ce faisant, pour éviter de (re)produire des inégalités sociales. Considérant qu'une perspective féministe intersectionnelle se fonde sur une posture inclusive et qu'une telle pratique se manifesterait davantage dans des milieux de santé communautaire de première ligne, le but de cette étude est le suivant : *Modéliser la pratique infirmière en santé sexuelle auprès de jeunes âgés de 14 à 24 ans dans un service communautaire de première ligne selon une perspective féministe intersectionnelle.*

### **1.5.1 Retombées pour les sciences infirmières**

Ce projet documentera une pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes qui se déploie déjà, à divers degrés, dans divers milieux de première ligne. Il contribuera, en outre, au développement des connaissances portant sur une pratique infirmière inclusive, qui se mobilise principalement dans des organismes partenaires de réseaux communautaires. Il s'agit d'une pratique qui est rarement sous la mire des recherches empiriques. Enfin, porter un regard sur cette pratique, souvent invisible, participe au développement de savoirs émancipatoires en sciences infirmières (Chinn et Kramer, 2015).

## Chapitre 2 - Repères théoriques

Dans ce qui suit, les repères théoriques de ce projet sont précisés pour établir la pertinence de l'idée de modélisation de la pratique infirmière, apporter des précisions relatives à la perspective féministe intersectionnelle et situer cette recherche en sciences infirmières dans une orientation épistémologique et disciplinaire.

Ces repères se situent à deux niveaux : premièrement pour délimiter l'objet d'étude et orienter les méthodes de collecte et d'analyse de données; et deuxièmement, ils rendent compte de ma posture épistémologique et disciplinaire.

### 2.1 Repères théoriques délimitant l'objet d'étude et orientant la méthode

Une conception systémique a été adoptée pour circonscrire l'objet de cette étude soit, la pratique infirmière en santé sexuelle dans des services communautaires de première ligne auprès de jeunes. Par ailleurs, celle-ci a été conjuguée à une perspective féministe intersectionnelle pour orienter la méthode de réalisation de la recherche.

#### 2.1.1 Conception systémique de la pratique infirmière

Cette recherche conçoit la pratique infirmière en tant que système complexe constitué de composantes en interaction et indissociables les unes des autres (Richard, Gendron et Cara, 2012). Une telle conception a notamment servi d'appui à des travaux doctoraux de modélisation systémique de la pratique infirmière en contexte de vulnérabilité (Richard, 2013). Selon cette perspective, les objets complexes sont définis à partir de paramètres de la *Théorie générale des systèmes* de Von Bertalanffy (1993) et peuvent être conçus par une méthode systémique de modélisation développée par Jean-Louis Le Moigne (1994).

La pratique infirmière conçue comme système complexe, comporte cinq composantes [ANNEXE A] (Richard, 2013) qui, en se référant spécifiquement à la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes en milieu communautaire de services de première ligne, peuvent se décrire comme suit. Première composante, la **structure** de la pratique infirmière, conçue comme système, est composée d'acteurs vivants, ici, les infirmières et les jeunes interagissant; en relation avec des acteurs non-vivants, c'est-à-dire tout ce qui est mobilisé dans les rapports entre les acteurs vivants comme le matériel éducatif ou les connaissances utilisées. Deuxième composante, les **activités**, font référence aux interventions prodiguées (p.ex. : le renforcement des capacités personnelles) et aux actions (p.ex. : appels téléphoniques, organisation du matériel) dessinant le

fonctionnement de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes. Troisième composante, la **finalité**, représente les intentions de la pratique infirmière laquelle a été questionnée dans cette recherche via les visées de justice sociale au travers une lentille féministe intersectionnelle. Quatrième composante, l'**évolution**, témoigne d'une dimension temporelle de la pratique infirmière qui implique que celle-ci se transforme avec le temps. Enfin, l'**environnement**, soit, la cinquième composante, fait référence au contexte institutionnel, organisationnel ainsi que sociopolitique et culturel du système; cet environnement est constitutif de la pratique infirmière (Richard, 2013).

Par ailleurs, dans le cadre de cette étude, l'analyse des données recueillies au sujet de ces cinq composantes, a suivi les principes de modélisation systémique formulés par LeMoigne (1994). Selon cette posture il s'agit de relier les données pour représenter et rendre intelligible l'organisation active de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes comme système complexe, plutôt que de s'en tenir à la description de ses composantes postulées plus haut comme étant indivisibles.

### **2.1.2 Perspective féministe intersectionnelle**

Considérant ma conception systémique de la pratique infirmière, une perspective féministe intersectionnelle qui admet la complexité des phénomènes (ICREF, 2006), apparaît cohérente pour modéliser la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes. De plus, cette lentille analytique des inégalités sociales prend appui sur une posture critique qui permet de questionner la (re)production d'inégalités sociales par le biais de la pratique infirmière (Corbeil et Marchand, 2006).

Puisqu'une perspective intersectionnelle cherche à rendre compte de la manière dont les différents vecteurs d'oppression sont imbriqués et interagissent pour entretenir et produire les inégalités sociales (Crenshaw, 1989), les principes de cette perspective ont été invoqués dans cette recherche pour préciser des éléments inhérents à chacune des composantes de la pratique infirmière. Reprenant les idées de Sirma Bilge (2015) qui considère (1) la contingence historique, (2) la non-équivalence et la (3) coconstitution des vecteurs d'oppression, ma conception de la pratique infirmière en santé sexuelle selon une perspective féministe intersectionnelle s'est précisée pour cette recherche comme suit.

Premièrement, les activités infirmières ont été examinées en particulier sous l'angle des actions portant sur des déterminants sociaux de la santé, lesquels sont constitutifs de conditions

d'inégalités sociales. Deuxièmement, la structure a été questionnée du point de vue de la nature des relations et interactions entre les infirmières et les jeunes. Les potentiels rapports de pouvoir entre les acteurs ont été portés à attention par l'observation des caractéristiques relationnelles (p.ex. : l'ouverture à l'autre, une attitude paternaliste). Le matériel utilisé ainsi que les connaissances et valeurs mobilisées ont également portés à intérêt. Troisièmement, la finalité de la pratique a été questionnée sous l'angle des motivations qui favorisent l'agentivité des acteurs. Quatrièmement, l'environnement a été abordé en portant une attention particulière aux conditions du contexte de la pratique infirmière qui influencent le déploiement des activités infirmières et de leurs interactions avec les jeunes. Enfin, la dimension temporelle permet d'envisager comment la pratique infirmière comme système complexe, peut devenir un vecteur de transformation social, étant donné son déploiement antérieur et ses perspectives d'avenir.

## **2.2 Posture épistémologique et disciplinaire**

Ma théorie de la connaissance s'ancre dans un paradigme épistémologique féministe critique c'est-à-dire qu'elle questionne des savoirs et pratiques existants dans une visée de transformation sociale. Sur cette base, cette recherche met en valeur des savoirs restés en marge de paradigmes dominants et valorise des savoirs marginalisés ou généralement invisibles (Reimer-Kirkham et Anderson, 2002), en dehors des conceptions habituelles d'une pratique infirmière plutôt homogène (et hétérosexiste) face à la pluralité des sexualités des jeunes. De plus, par l'utilisation d'une perspective féministe intersectionnelle, les connaissances visent à questionner les pouvoirs existants au sein de la pratique infirmière et ce, dans une visée de transformation pour une société plus égalitaire (Burton, 2016).

Cette théorie de la connaissance, en tant qu'épistémologie (Gavard-Perret, Gotteland, Haon et Jolibert, 2012), appuie indubitablement les orientations méthodologiques de cette recherche. Ainsi, je pars de la prémisse que les savoirs sont construits socialement (Thorne et Varcoe, 1998). De ce fait, les savoirs situés et expériences des infirmières et gestionnaires ont été reconnus et leur réalité sociale particulière a été questionné (Thorne et Varcoe, 1998). Similairement, ma propre position sociale, en tant qu'infirmière en santé sexuelle auprès de jeunes, a été reconnue et réfléchié tout au long de la recherche.

Enfin, ce projet s'inscrit dans une perspective disciplinaire praxique (Thorne et Hayes, 1996). Selon cette idée, la pratique infirmière est modulée et se déploie en fonction des influences de son contexte tout comme, en retour, elle est un agent transformateur de ce

contexte. Son agentivité engage, par ailleurs, un potentiel d’agir sur les inégalités, situant les connaissances infirmières dans le champ des savoirs émancipatoires (Chinn et Kramer 2015). Ce faisant, cette recherche donne à penser le déploiement de pratiques professionnelles des infirmières et contribue résolument à la discipline infirmière.

## Chapitre 3 - Recension des écrits

Cette section présente le résultat d'une recension narrative et critique des écrits dont l'objectif est de faire état des connaissances sur : (1) la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes; et (2) les usages d'une perspective féministe pour aborder les pratiques professionnelles en santé sexuelle auprès des jeunes. La première section détaille la méthode de cette recension. La deuxième propose une synthèse des écrits portant sur ces deux sujets. Il est à souligner qu'au terme de cette recension, la pertinence de cette recherche est justifiée.

### 3.1 Méthode

#### 3.1.1 Sélection des articles

Seule la base de données CINAHL, dont la pertinence disciplinaire permettait d'explorer rigoureusement l'objet d'intérêt, a été utilisée. Les critères de recherche qui ont été retenus sont : années 2000-2019; articles disponibles en langue anglaise, française et espagnole.

Pour le premier sujet « la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes », les descripteurs et mots-clés « *nursing* », « *sexuality* » et « *teenager or young adult* » ont été utilisés générant 740 articles au total dont neuf articles canadiens. De cette recherche, considérant leur offre de service similaire au contexte québécois, seuls les articles en provenance des États-Unis, de l'Angleterre et du Canada furent sélectionnés réduisant le nombre d'articles à 366. Les articles devaient également : (1) aborder une pratique infirmière auprès des jeunes recoupant la tranche d'âge de 14 à 24 ans; (2) se déployer dans des services de première ligne comportant des ressources comparables au contexte québécois; et (3) être un article revu par des pairEs (études empiriques, méta-analyses, analyses de synthèse). À la lecture des titres et des abrégés, 37 articles furent retenus pour lecture complète dont quatre articles théoriques suggérant des cadres féministes pour la pratique infirmière. Ces derniers ont été retenus pour la pertinence de leur contenu en lien avec le but de ce projet. Quatre documents de la littérature grise en provenance du Québec ont aussi été repérés. Suite à la lecture de ces articles de recherche et/ou documents scientifiques, 34 ont finalement été inclus dans cette recension.

Pour le deuxième sujet « les usages d'une perspective féministe pour aborder les pratiques professionnelles en santé sexuelle auprès des jeunes », les descripteurs et mots-clés « *feminism* », « *sexuality* » et « *teenager or young adult* » ont été utilisés et 116 articles ont été générés. Les critères de sélection suivants furent ensuite appliqués : (1) adopter une perspective féministe; et (2) aborder une pratique professionnelle en santé sexuelle auprès des jeunes

adolescentEs/jeunes adultes soit comme objet d'étude ou dans les recommandations émises au terme de la recherche. À la lecture des titres et des abrégés, 42 articles correspondant à ces critères ont fait l'objet d'une lecture complète; et 22 ont été inclus dans cette recension. À ceux-ci, deux articles repérés dans les listes de référence de ces derniers écrits ont été ajoutés et, au final, 24 articles de recherche et théoriques ont été retenus pour ce deuxième sujet. Après élimination de trois doublons issus de ces deux recherches, un total de 55 articles fait l'objet de cette recension des écrits.

### **3.1.2 Synthèse des écrits**

La synthèse narrative et critique des écrits a ensuite été élaborée en trois étapes suivant les recommandations de Jesson et Lacey (2006) et inspirée de principes formulés par Jane Wuest (1994) dont les travaux, portent sur une méthode de recension critique des écrits critique.

Premièrement, l'ensemble des 55 articles a fait l'objet de résumés à l'aide d'une fiche de lecture comportant les rubriques suivantes : type de publication, pays où s'est déroulée la recherche, principale discipline représentée, cadre et concepts théoriques, type de devis, but, échantillon et milieu, méthodes de collecte des données, méthode d'analyse, résultats, limites, réflexions pour le projet, autres éléments pertinents [ANNEXE B] (Jesson et Lacey, 2006).

Deuxièmement, à partir des informations colligées, les informations ont été regroupées pour structurer et élaborer un résumé de ce qui se dit sur la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes (Jesson et Lacey, 2006). Diverses questions ont guidé le processus de cette synthèse : (1) Comment les écrits décrivent et abordent la pratique infirmière et les pratiques professionnelles? (2) Qu'est-ce qui est dit sur une pratique sociale et inclusive en santé sexuelle auprès des jeunes? et (3) Quels sont les cadres et repères théoriques? À quoi servent-ils? Quelles sont leurs forces et leurs faiblesses? La synthèse narrative présentée dans la section suivante est, par ailleurs, présentée selon cette même logique.

Enfin, des critiques furent soulevées et intégrées à chaque section de la synthèse présentée dans ce qui suit. Celles-ci furent développées de manière à pointer, tel que suggéré par Jane Wuest (1994) ce qui n'a pas été fait/dit, ce qui aurait pu être abordé autrement, ainsi que les faiblesses théoriques des articles recensés. L'objectif de cette étape est d'apporter un autre regard sur les pratiques professionnellEs auprès des jeunes tout en justifiant l'intérêt de ce projet.

### 3.2 État des connaissances

La recension narrative et critique des écrits, est divisée en trois sous-sections : une première portant sur les écrits ayant pour objet d'étude la pratique infirmière et les pratiques professionnelles en santé sexuelle auprès des jeunes; une deuxième décrivant les recommandations pour des pratiques professionnelles inclusives; et une dernière qui présente les cadres et repères théoriques utilisés au sein des écrits recensés. Dans chaque sous-section, des sous-titres introduiront les thématiques construites pour cette synthèse.

#### 3.2.1 Les pratiques professionnelles adressant les sexualités des jeunes

##### a) Une conception réductrice de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes

Tout d'abord, force est de constater que peu d'écrits ont pour objet d'étude central la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes. Une seule recherche qualitative, qui explore la pratique infirmière en milieu scolaire et qui traite des sexualités des jeunes, a été repérée. À partir d'entretiens, celle-ci identifie des éléments qui facilitent et qui nuisent à cette pratique. Les expériences antérieures de travail des infirmières, leur formation et leur aisance dans leur rôle sont des facteurs facilitants; tandis que les mesures organisationnelles assurant la confidentialité des jeunes favorisent le suivi. Par contre, une mauvaise communication avec l'administration de l'école, les conflits avec celle-ci et le sous-financement des services de santé en milieu scolaire s'avèrent être des contraintes rapportées par les infirmières (Brewin, Koren, Morgan, Shipley et Hardy, 2014).

Autrement, la majorité des écrits décrivent une pratique infirmière principalement centrée sur la prévention des grossesses non désirées et des ITSS. Deux études qualitatives repérées, une descriptive (Moriarty Daley et Polifroni, 2018) et une exploratoire (Minnis et al., 2014) portent sur la pratique infirmière liée à la contraception. Selon ces recherches, il s'agit d'une des fonctions principales des infirmières œuvrant en santé sexuelle auprès des jeunes (Minnis et al., 2014; Moriarty Daley et Polifroni, 2018). Les infirmières scolaires soulèvent toutefois que la méconnaissance de ces services de la part des jeunes ainsi que des barrières financières pour l'accès à la contraception réduiraient l'accessibilité de ces services (Moriarty Daley et Polifroni, 2018). Par ailleurs, le *counseling* infirmier portant sur la contraception omettrait d'aborder certains sujets. En effet, une de ces deux recherches, déployée dans une clinique de première ligne relève que le *counseling* infirmier fait auprès de femmes souhaitant débiter une méthode de contraception, bien qu'il réponde aux besoins de ces dernières, ne questionne pas

les relations amoureuses, les comportements sexuels ainsi que le risque d'ITSS. Les chercheurEs suggèrent en outre que le contenu des rencontres liées à la contraception soit revu pour tendre vers de meilleures pratiques (Minnis et al., 2014).

En ce qui a trait à la pratique infirmière qui vise la prévention des ITSS, des études pilotes évaluent l'implantation d'activités de dépistage d'ITSS. Celles-ci seraient rentables et efficaces lorsqu'effectuées systématiquement auprès de femmes fréquentant une clinique de santé (Ouden, Derouin, Silva et Khan, 2014) et implantables en milieu scolaire (Alicia-Alvarez, Hellier, Jack et Lundberg, 2011; Chacko et al., 2014). Les forces et les faiblesses d'une pratique vaccinale en milieu scolaire contre le virus du papillome humain ont aussi fait l'objet d'une recherche. Selon celle-ci, les infirmières identifient que pour les professionnelLEs de la santé, l'environnement physique (milieu scolaire) représente le principal défi pour cette pratique vaccinale. Pour les parents et élèves, les principales préoccupations liées à l'administration du vaccin en milieu scolaire sont plutôt les effets secondaires et la sécurité du vaccin (Kent, Heffernan, Silvers, Moore et Garland, 2010).

D'autres études qui visent les pratiques de prévention en santé sexuelle signalent que des programmes d'éducation sexuelle menés par des infirmières permettent d'augmenter l'utilisation du condom et d'accroître les connaissances des jeunes sur les ITSS (Serowoky, George et Yarandi, 2015) ainsi que sur violences dans les relations amoureuses (Regan, 2009). Les recherches examinent également les apports d'outils à la pratique infirmière. Par exemple, l'une suggère que l'usage d'un calendrier d'auto-évaluation (complété par les jeunes) aide à prévenir les comportements sexuels à « risque »<sup>11</sup> tout en respectant la réalité psychosociale de chaque jeune (Fisher, Lee et Boudreau, 2014); et l'autre indique que l'usage d'un questionnaire informatisé dans des centres d'urgence en milieu hospitalier par les infirmières pourrait faciliter leur pratique (Miller et al., 2019).

Plus près de nous, il apparaît que les seuls écrits du Québec, issus de la littérature grise qui furent retenus pour cette recension, portent sur une pratique infirmière en santé sexuelle qui apparaît également centrée sur les ITSS, la contraception et des outils destinés à appuyer la pratique. Des conseils sont offerts pour soutenir les femmes dans le choix de contraception, en cinq étapes (Guilbert et al., 2012) et pour évaluer les saignements irréguliers des patientes qui utilisent un contraceptif oral combiné [COC] (Gendron et al., 2014). Les bons coups d'un projet

---

<sup>11</sup> Se réfèrent à : une utilisation inadéquate du condom ou d'une méthode contraceptive, des pratiques sexuelles avec plus d'un partenaire, des relations sexuelles à un âge précoce.

d'éducation sexuelle développé par l'Institut universitaire de gériatrie de l'Université Sherbrooke sont présentés et mis en pratique par des infirmières, visant principalement à réduire la prévalence des ITSS chez les jeunes d'âge secondaire (Fiore, 2014); tandis que la trousse « premières amours » utilisée par les infirmières scolaires pour parler des relations amoureuses avec les adolescentEs est présentée favorablement pour soutenir les interventions d'éducation à la sexualité (Lortie et Rondeau, 2013).

En résumé, ces recherches empiriques documentent principalement une pratique infirmière en santé sexuelle liée à la contraception ou visant la prévention d'ITSS. La santé sexuelle des jeunes est réduite à l'absence d'ITSS ou de grossesse non désirée. Ces études ne décrivent pas une pratique infirmière inclusive qui aborde les sexualités dans leurs multiples dimensions. De plus, la pratique infirmière est davantage étudiée en milieu scolaire que dans d'autres milieux de première ligne et il s'avère que l'accent est mis sur les éléments qui facilitent et qui nuisent à cette pratique, sans pour autant la décrire dans sa complexité.

#### b) Des pratiques professionnelles qui (re)produisent des inégalités sociales

Quelques recherches empiriques effectuées en sciences infirmières ou dans d'autres disciplines suggèrent que des pratiques professionnelles adressant les sexualités des jeunes participent au maintien d'inégalités sociales. Une recherche qualitative exploratoire, du domaine des communications, met en lumière des messages véhiculés dans des cours d'éducation sexuelle donnés dans des séminaires universitaires qui culpabilisent et responsabilisent les femmes des grossesses non désirées et de la transmission des ITSS. Des frustrations sont par ailleurs vécues par certaines participantes de ces séminaires qui dénoncent l'absence de contenu éducatif s'adressant plus particulièrement aux hommes (Quinlan et Bute, 2013). Deux autres recherches qualitatives (Harbin et al., 2012; McAllum, 2017) et une recension des écrits (Lim et al., 2014) révèlent des pratiques professionnelles potentiellement discriminatoires envers la population LGBTQ+. Les comportements ou attitudes de la part de professionnelLEs de la santé ou d'enseignantEs de niveau collégial sont tantôt sources d'inconforts pour les personnes *queers* (Harbin et al., 2012), bisexuelles (McAllum, 2017), voire qualifiées de négatives envers les jeunes LGBTQ+ (Lim et al., 2014). Par exemple, des jeunes d'orientation bisexuelle rapportent subir, via des cours d'éducation sexuelle de la pression de se conformer à des standards hétéronormatifs, ainsi que de la discrimination de la part du personnel enseignant. Ces dernier-ère-s se montreraient insensibles à leurs réalités notamment en les obligeant à divulguer leur orientation sexuelle devant leurs camarades (McAllum, 2017). Enfin, dans une recension critique des écrits

portant sur l'accessibilité à la COU, il apparaît que les professionnelLEs participent à entretenir des barrières à cet accès notamment en exprimant des réticences à prescrire la COU. Ces réticences se fondent sur l'appréciation des professionnelLEs au regard de la situation de la jeune femme, soit, sur une conception personnelle de ce qu'est une relation amoureuse « adéquate »; ou encore, sur des préjugés envers les adolescentEs qui ont plusieurs partenaires et qui sont perçus comme « irresponsables » (Fallon, 2003).

En bref, ces recherches permettent de cerner divers vecteurs au sein des pratiques professionnelles qui entretiennent des inégalités sociales. Ces vecteurs, qui se manifestent entre-autre dans les rapports relationnels avec les jeunes sont, pour la plupart, non-intentionnels et demeurent peu problématisés ou questionnés. Fait à signaler, peu de recherches portent sur une pratique professionnelle qui pourrait, à l'inverse, agir pour réduire les inégalités sociales.

#### c) Vers des pratiques professionnelles inclusives

Quelques écrits retenus traitent néanmoins de pratiques professionnelles et infirmières féministes qui abordent les multiples dimensions des sexualités des jeunes (Burton, 2016; Cassidy et al., 2016; Slater, Guthrie et Boyd, 2001). Seulement deux de ceux-ci sont des recherches empiriques. Issues des sciences sociales, ces recherches ont pour objet d'étude des pratiques d'intervention féministe (Bay-Cheng et Lewis, 2006; Hebert et Bergeron, 2007a). L'une d'elle suggère l'efficacité de l'intervention féministe principalement pour favoriser le bien-être des victimes d'agressions sexuelles (Hebert et Bergeron, 2007a); alors que l'autre souligne que l'adoption de principes féministes ne se traduit pas nécessairement par une approche inclusive (Bay-Cheng et Lewis, 2006). Si l'inclusion est limitée à un groupe particulier (des jeunes femmes blanches, issues de la classe moyenne), cela exclut d'autres réalités (des adolescentes afro-américaines, par exemple). L'intervention féministe n'adopte pas, en soi, une approche inclusive et une conception plurielle des sexualités.

En sciences infirmières, les écrits repérés sont principalement de nature théorique et visent à orienter la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes filles en s'appuyant sur des perspectives féministes (Burton, 2016; Cassidy et al., 2016; Slater et al., 2001). Candace Burton (2016) met en exergue la complexité des besoins de la population adolescente et la proximité relationnelle qu'entretiennent les infirmières avec elle pour affirmer l'utilisation d'un cadre féministe dans la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes filles. Un tel cadre, basé sur des principes d'inclusivité, permettrait d'offrir des soins qui, tout en restant centrés sur les besoins des jeunes, favorisent l'émancipation à la fois des jeunes et des intervenantes (Burton,

2016). Dans une visée de formuler des propositions plus concrètes pour une pratique infirmière féministe en santé sexuelle, Christine Cassidy, Lisa Goldberg et Megan Aston (2016) suggèrent des interventions qui questionnent les pressions sociales vécues, ainsi que les inégalités de pouvoir dans les relations amoureuses, en plus d'offrir un espace pour que les jeunes filles apprennent à nommer leurs désirs. De même, Jan M. Slater, Barbara J. Guthrie et Carol J. Boyd (2001) encouragent les professionnelLEs de la santé à considérer l'identité de genre et les réalités vécues des jeunes selon leur ethnicité et leur classe sociale. Il s'agirait d'offrir des soins en santé sexuelle qui favorisent l'autonomisation des jeunes filles par le biais d'espaces relationnels qui reconnaissent leurs réalités et sexualités.

### **3.2.2 Des recommandations pour des pratiques professionnelles inclusives**

Les recherches sélectionnées, incluant certaines n'ayant pas spécifiquement pour objet d'étude des pratiques professionnelles en santé sexuelle, formulent parfois des recommandations pour des approches inclusives aux sexualités des jeunes.

#### a) Pour une pratique allant au-delà de la prévention des ITSS et des grossesses non désirées

D'une part, des recherches formulent des recommandations pour une pratique infirmière en santé sexuelle qui aborde d'autres enjeux de santé, au-delà et en complémentarité à des activités de dépistage ou liées à la contraception. À cet égard, il est suggéré que la pratique infirmière aborde le harcèlement sexuel vécu par les adolescentEs (Dahinten, 2003) ainsi que les risques liés aux *sexting* (Bradbury-Jones, Bradshaw, Clark et Lewis, 2019) et traite davantage des violences dans les relations amoureuses (Levine, 2017). En conclusion d'une recherche corrélacionnelle suggérant que les jeunes (garçons et filles) vivent plusieurs situations de harcèlement sexuel, il est recommandé que les infirmières en santé scolaire soient à l'affut de signes de harcèlement sexuel vécus par les jeunes; incluent des techniques de gestion du stress dans leurs interventions; et appuient les écoles dans le développement de politiques en matière d'harcèlement sexuel et de gestion des plaintes (Dahinten, 2003). Une étude qualitative exploratoire indique, quant à elle, que les infirmières reconnaissent leur rôle potentiel dans la prévention des risques liés aux *sexting* mais que pour la plupart, il s'agit d'un phénomène récent et difficile à comprendre. Ces professionnelLEs ne se sentent pas assez outilléEs pour aborder les *sextings* dans leur pratique. Face à ce constat, il est recommandé d'inclure une approche de réduction des méfaits dans la pratique infirmière pour prévenir les impacts liés aux *sextings* (Bradbury-Jones et al., 2019). Enfin, après avoir mis en évidence la prévalence de relations

sexuelles non désirées chez les jeunes de niveau collégial, une recherche quantitative conclut sur l'impératif de mettre en place des programmes portant sur le consentement ainsi que sur les violences sexuelles dans les relations amoureuses (Levine, 2017). Plus spécifiquement, les intervenantEs devraient être sensibles aux violences perpétrées envers les personnes transgenres; et comprendre les différentes réalités vécues selon les identités de genre, de « race » et d'âge (Levine, 2017).

D'autres recherches formulent des recommandations pour une pratique infirmière en santé sexuelle qui aborde des situations de santé spécifiques aux filles et aux jeunes femmes, telles que l'endométriose (Gilmour et al., 2008) et le cycle menstruel (King et Ussher, 2012), ceci, en conclusion à des recherches qualitatives qui explorent l'expérience vécue des personnes. Par exemple, les infirmières sont encouragéEs à faire preuve de compréhension face aux réalités et aux méthodes qu'utilisent les femmes pour vivre avec l'endométriose; à fournir des informations sur des techniques non-pharmacologiques de soulagement de la douleur; et à donner des conseils liés à la gestion de la vie quotidienne et du travail (Gilmour et al., 2008). Par ailleurs, comme la période prémenstruelle peut être un moment pendant lequel les femmes se sentent plus attirantes, il est proposé que les professionnelLEs soutiennent les jeunes femmes à prendre soin d'elles et en profitent pour relâcher des tensions émotionnelles (King et Ussher, 2012).

Enfin, le développement d'une relation de confiance entre l'infirmière et les jeunes est au cœur des pistes pour améliorer les pratiques professionnelles en santé sexuelle puisque celle-ci faciliterait le suivi des jeunes (Collins, Baiardi, Tate et Rouen, 2015; Jolly, Archibald et Liehr, 2013; Stephens et Thomas, 2012) et la prestation de soins de qualité (Burton, 2016; Cassidy et al., 2016). Pour favoriser ce lien, plusieurs énoncent l'importance d'une attitude respectueuse et de non jugement de la part des professionnelles (Bergeron et Senn, 2003; Brewin et al., 2014; Harbin et al., 2012; Jolly et al., 2013; Lim et al., 2014) ainsi qu'une relation de mutualité dans les soins prodigués (Brewin et al., 2014; Burton, 2016).

Il demeure toutefois périlleux de mettre en application les recommandations formulées ci-haut. Outre l'idée de ne pas s'en tenir qu'à la prévention des ITSS et de grossesses non désirées, aucune de ces recherches a pour objet spécifique comment la pratique infirmière en santé sexuelle se déploie, en soi.

b) Pour une pratique qui questionne les inégalités sociales

D'autres recommandations soutiennent des pratiques professionnelles qui remettent en question les inégalités vécues par différentes populations telles que les jeunes LGBTQ+ et les femmes. La majorité des recherches repérées ciblent des pratiques professionnelles auprès des jeunes LGBTQ+ (Harbin et al., 2012; Lim et al., 2014; McAllum, 2017; McClelland, Rubin et Bauermeister, 2016; Riley, 2010). Il est ainsi recommandé que les professionnelLEs remettent en cause les *a priori* hétérosexistes et développent une sensibilité aux sexualités non hétéronormatives (McAllum, 2017; Riley, 2010). Il est de plus suggéré, qu'elles/ils intègrent à leur pratique des interventions qui luttent contre le harcèlement et qui renforcent l'estime de soi des jeunes (McAllum, 2017; Riley, 2010); et qui les questionnent sur les discriminations vécues (Szymanski et Owens, 2009). Une autre recherche recommande également, sans toutefois spécifier concrètement comment, que les professionnelLEs de la santé travaillent à ce que leur pratique soit, pour que les femmes lesbiennes, un espace dans lequel elles peuvent se sentir en confiance et en sécurité (Bergeron et Senn, 2003).

D'autres recherches énoncent quant à elles des recommandations qui visent plus particulièrement les inégalités genrées. Il est ainsi recommandé de déconstruire les préjugés sexistes qui s'immiscent dans les interventions d'éducation sexuelle (Quinlan et Bute, 2013); d'aborder la pluralité des sexualités positivement (Kelly et al., 2004; Quinlan et Bute, 2013) et d'adopter une approche infirmière qui reconnaît l'existence d'inégalités genrées. Celle-ci éviterait notamment que les filles et jeunes femmes portent individuellement la responsabilité d'une relation sexuelle non consentie (Christianson, 2016) ou d'avoir contracté une ITSS (East, Jackson, Peters et O'Brien, 2010). Puis, similairement à ce qui fut relevé pour les pratiques auprès des jeunes LGBTQ, d'autres suggestions sont formulées à l'intention des interventions pratiquées. Des recherches encouragent les professionnelLEs à aborder directement avec les filles et jeunes femmes rencontrées les inégalités de pouvoir entre les genres ainsi que les répercussions de celles-ci sur leur intimité (East et al., 2010; Kelly et al., 2004; Quinlan et Bute, 2013).

Enfin, des recherches qui se sont intéressées aux sexualités de populations vulnérables, recommandent principalement le déploiement de pratiques professionnelLES centrées sur leurs besoins spécifiques (Collins et al., 2015; Jolly et al., 2013; Stephens et Thomas, 2012). Ayant relevé que les jeunes immigrantEs de premières générations vivant différents stress liés à leur statut de sans-papiers ou au processus d'acculturation (Jolly et al., 2013) et que les jeunes femmes afro-américaines intériorisent des stéréotypes négatifs qui impactent de différentes manières sur leurs

comportements sexuels (Collins et al., 2015), estime de soi et relations amoureuses (Stephens et Thomas, 2012), des recherches qualitatives insistent pour des pratiques professionnelles qui tiennent compte de ces réalités. Une telle approche favoriserait le suivi des jeunes et améliorerait la qualité des soins dans le domaine des sexualités (Stephens et Thomas, 2012).

Ces recommandations suggèrent plusieurs vecteurs au sein des pratiques professionnelles par lesquels il apparaît possible d'agir sur les inégalités sociales. Néanmoins, les dynamiques par lesquels ces vecteurs se mobilisent ne sont pas décrites. Par ailleurs, aucune de ces recommandations n'adopte une perspective intersectionnelle.

c) L'environnement, une composante importante de la pratique infirmière

Plusieurs recommandations énoncées concernent le contexte organisationnel, légal ou social de la pratique soit, son environnement. La plupart sont formulées à l'intention de la pratique infirmière en milieu scolaire et encouragent l'implication d'acteurs tiers. De cette manière, pour favoriser l'accès au dépistage, l'infirmière pourrait collaborer avec l'administration de l'école pour faciliter la communication avec les jeunes (Alicea-Alvarez et al., 2011). Similairement, pour accroître l'accès à la COU, elle/il peut travailler en collaboration avec des organismes communautaires et le personnel des écoles (Adamji et Swartwout, 2010). Il est également suggéré qu'une collaboration accrue avec le personnel scolaire peut soutenir le déploiement de programmes d'éducation sexuelle (Brewin et al., 2014).

D'autres recommandations visent l'exercice d'un *leadership* infirmier, notamment dans les écoles pour l'adoption de politiques pour lutter contre l'homophobie (Riley, 2010) ou le harcèlement sexuel (Dahinten, 2003). Il s'agirait de contribuer à la création de lieux sécuritaires pour les jeunes, dans leurs écoles. Un tel environnement serait d'ailleurs, selon les résultats d'une étude corrélacionnelle, associé à la réduction de comportements sexuels à risque (March et Atav, 2010). Reconnaisant cette fois le pouvoir politique potentiel des infirmières, une autre recherche insiste pour que les praticienNEs participent davantage à remettre en question des politiques nuisant à la santé (Vamos, Daley, Perrin, Buhi et Mahan, 2012).

Autrement, des recherches menées en sciences infirmières recommandent des pratiques professionnelles qui tiennent compte du contexte environnemental des jeunes (Fauchald, 2006; Haley, Puskar, Terhorst, Terry et Charron-Prochownik, 2013; Kao et Manczak, 2013; Weiss, 2007). Ces recherches, pour la plupart utilisant des devis corrélacionnels, signalent divers facteurs environnementaux qui influencent ou expliquent les comportements sexuels « à risque » des

jeunes. Les relations avec les pairEs (Fauchald, 2006), la structure familiale, les croyances culturelles (Kao et Manczak, 2013; Weiss, 2007) ainsi que leur lieu de résidence [rural ou urbain] (Haley et al., 2013) sont ainsi des facteurs qui influencent significativement les comportements sexuels des jeunes.

Ces recherches et recommandations suggèrent que l'environnement est une partie intégrante de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes, pour favoriser un milieu sécuritaire et aider au déploiement et à l'accessibilité des soins. Il reste qu'elles ne précisent pas comment agir. De plus, outre le dernier article présenté, l'environnement n'est pas envisagé dans une perspective critique qui le considère plus largement en tant que contexte socio-culturel et politique reproducteur d'inégalités sociales.

### **3.2.3 Les cadres et repères théoriques utilisés**

Plusieurs cadres et repères théoriques ont été repérés au sein des écrits recensés. Il sera question, dans un premier temps, de donner un aperçu critique des différentes perspectives féministes utilisées. La sous-section suivante fera état d'autres cadres et repères théoriques utilisés spécifiquement en sciences infirmières, ceci en vue de connaître et de consolider la pertinence de ma recherche.

#### a) Les repères théoriques des recherches féministes

**Des perspectives féministes diverses.** Plusieurs écrits mentionnent utiliser une perspective féministe sans spécifier laquelle (Bergeron et Senn, 2003; Chmielewski et Yost, 2012; East et al., 2010; Gilmour et al., 2008; Hebert et Bergeron, 2007a; King et Ussher, 2012; Vamos et al., 2012). De ceux-ci, certains spécifient en faire usage pour considérer l'objet de leur étude dans son contexte historique et social (Chmielewski et Yost, 2012; Vamos et al., 2012). Une recherche s'en inspire pour conceptualiser l'agentivité sexuelle afin d'étudier la notion du consentement (Christianson, 2016); tandis qu'une autre se base sur les idées de la politologue féministe Rosalind P. Petchesky (1990) pour offrir une compréhension positive des comportements sexuels des adolescentEs (Fallon, 2003). D'autres articles proposent une posture féministe pour justifier l'attention portée à des questions qui concernent plus particulièrement les femmes et qui restent en marge des recherches empiriques; pour ensuite suggérer des recommandations pour la pratique infirmière (East et al., 2010; Gilmour et al., 2008; King et Ussher, 2012). Dans plusieurs de ces recherches, l'utilisation d'une perspective féministe accorde à la pratique infirmière un potentiel de transformation social (Chmielewski et Yost, 2012; Fallon, 2003; Vamos et al., 2012).

Néanmoins, le fait de ne pas préciser le champ théorique dans lequel se situe leur étude, a pour risque d'apporter des flous conceptuels pouvant nuire à la compréhension des lecteur-trice-s.

**Des théories situées dans une épistémologie réaliste.** D'autres recherches ont recours à des théories féministes présentées de manière plus explicite et généralement situées dans une épistémologie réaliste. La théorie du *care* de Caroll Gilligan (1993) est utilisée pour développer un cadre pour la pratique infirmière en santé sexuelle (Slater et al., 2001) et pour suggérer des pistes d'intervention auprès de jeunes filles (Kelly et al., 2004). Cette théorie accorde une attention particulière aux concepts de prise de parole et de relation (interpersonnelle). Le *Standpoint theory* de Sandra Harding (1989) est également invoqué pour reconnaître et revendiquer l'expérience de santé située des jeunes filles, dans un contexte social et politique (Kelly et al., 2004). Selon cette posture, la pratique infirmière en santé sexuelle, en tant que pratique relationnelle, doit considérer à la fois les réalités et positions sociales des infirmières et des jeunes pour réellement avoir un impact sur la vie des jeunes. Le modèle féministe de Susan Brownmiller (1975) a également été utilisé dans une recherche récente pour une analyse sociale genrée des dynamiques de communication hétérosexuelle permettant de concevoir la violence perpétrée envers les femmes (Levine, 2017). Ces usages des repères théoriques apportent un regard critique sur les sexualités des filles et certaines dimensions spécifiques des pratiques professionnelles sans pour autant soutenir l'étude d'une pratique professionnelle dans sa complexité.

**Des postures poststructuralistes, des théories *queer* et bisexuelles.** Quatre écrits recensés prennent appui sur des postures poststructuralistes, notamment pour entreprendre une analyse critique d'interventions en santé sexuelle (Jackson et Weatherall, 2010; Quinlan et Bute, 2013); pour effectuer une analyse du discours de jeunes femmes lesbiennes qui réagissent à des messages discriminatoires qu'elles entendent au sujet de leur orientation sexuelle (McClelland et al., 2016); ou pour proposer un cadre pour la pratique infirmière auprès des jeunes filles (Cassidy et al., 2016). De manière générale, cette lentille théorique permet de comprendre le phénomène à l'étude dans son contexte social et historique. Il y a une remise en question des inégalités de pouvoir et des changements structurels sont encouragés (Cassidy et al., 2016; McClelland et al., 2016).

Des théories *queer* et bisexuelle sont également employées lorsqu'il est question d'étudier les pratiques professionnelles auprès des jeunes LGBTQ+ (Harbin et al., 2012; McAllum, 2017). Dans une perspective théorique conjointe, la *Minority stress theory*, développée pour comprendre les stress vécus par les « minorités » sexuelles, est utilisée pour évaluer la détresse

psychologique vécue par des jeunes femmes lesbiennes (Szymanski et Owens, 2009). Ces perspectives mettent en lumière des inégalités vécues par les jeunes; expliquent celles-ci au travers une critique du contexte social hétérocentrique (Harbin et al., 2012; Szymanski et Owens, 2009) et soulèvent diverses pistes pour des pratiques professionnelles plus inclusives (Szymanski et Owens, 2009). Dans ces recherches, l'accent qui est mis sur les inégalités sexuelles et genrées ou qui porte sur l'identité sexuelle, entretient une vision analytique binaire qui ne tient pas compte de la multiplicité et de l'enchevêtrement des inégalités de pouvoir (Quinlan et Bute, 2013).

**Des perspectives intersectionnelles rarement utilisées.** Enfin, il demeure que les recherches empiriques qui s'ancrent dans une perspective féministe intersectionnelle sont rares. Deux de celles-ci, dont une issue des sciences infirmières, l'utilisent principalement pour comprendre la réalité des sexualités d'adolescentes racisées (Collins et al., 2015; Stephens et Thomas, 2012). Une autre, de la discipline du travail social, considère les sexualités des jeunes à l'intersection du « genre », « race » et « âge » (Bay-Cheng et Lewis, 2006). L'utilisation de la notion d'intersectionnalité dans ces recherches permet de considérer la complexité des inégalités sociales.

#### b) Repères théoriques des écrits empiriques en sciences infirmières

Plusieurs des recherches retenues de la discipline des sciences infirmières ne précisent de cadre théorique (Brewin et al., 2014; Miller et al., 2019; Minnis et al., 2014; Ouden et al., 2014; Sieving et al., 2011; Weiss, 2007; Westwood et Mullan, 2006). Parmi celles qui le font, il est plutôt question de théories comportementales ou sociocognitives. La théorie sociale cognitive du psychologue Albert Bandura [1986; 1977] (Fisher et al., 2014; Haley et al., 2013); celle de l'apprentissage sociale de Thomas Baranowski, Cheryl Perry et Guy Parcel [2002] (Kao et Manczak, 2013); ainsi que la théorie des comportements problématiques de Richard Jessor, Theodor Graves, Robert Hanson, et Shirley L Jessor, [1968] (March et Atav, 2010) figurent parmi celles nommées. Autrement, des recherches infirmières réfèrent à des modèles théoriques pour concevoir et étudier des interventions. Un modèle de promotion de la santé pendant l'enfance de Theresa Skybo et de Barbara Polivka's (2007) est employé pour réfléchir un programme de prévention de la violence (Regan, 2009); et le modèle transactionnel du stress et du *coping* permet à la chercheuse de comprendre les impacts du harcèlement sexuel sur la santé des jeunes (Dahinten, 2003). Ces théories et modèles alimentent généralement une vision négative des sexualités des jeunes et décrivent une pratique infirmière ayant pour principale finalité de

prévenir les comportements sexuels à risque (Fisher et al., 2014; Haley et al., 2013; Kao et Manczak, 2013).

En résumé et pour conclure, une majorité d'écrits qui utilise une perspective féministe ne spécifient pas la branche du féminisme dont il est question. De la même manière, en sciences infirmières, plusieurs écrits ne font pas mention de cadre théorique. Autrement, divers cadres, modèles et repères théoriques sont utilisés. Ces repères sont employés à divers escients notamment pour comprendre l'objet d'étude, délimiter des concepts précis ou pour développer des cadres pour la pratique infirmière. Les perspectives féministes intersectionnelles s'avèrent être d'un intérêt théorique particulier puisqu'elles tiennent compte de la complexité et encouragent une compréhension d'un phénomène qui soit inclusive. Ces perspectives restent néanmoins dans l'ombre des écrits recensés.

## Chapitre 4 - Méthode

Ce chapitre fera état de la méthodologie de cette étude. Les deux premières sections présenteront le devis de recherche de ce projet puis le milieu de cette étude. Les sections suivantes aborderont les étapes centrales de la méthode de ce projet soient : la formation de l'échantillon, la collecte de données, la gestion du matériel de recherche et l'analyse des données. Il est toutefois à préciser que, bien que ces étapes soient présentées distinctement en respectant une certaine chronologie, cette étude a préconisé un processus itératif entre la collecte et l'analyse de donnée pour favoriser la production de connaissances significatives (Thorne, 2016). Ceci, toujours en laissant une ouverture à l'échange avec les participantEs, pour tenir compte de leurs points de vue sur les interprétations en cours. Enfin, ce chapitre se terminera en détaillant les critères de qualité qui ont été pris en considération pour assurer la cohérence épistémologique et la qualité de cette étude.

### 4.1 Devis de recherche

Un devis de recherche qualitatif de type descriptif interprétatif (Thorne, 2016) a été retenu pour répondre au but de cette étude. Ce devis implique de décrire en profondeur un phénomène tout en considérant son contexte. Il permet de générer de nouvelles perspectives et encourage l'émergence de pistes de réflexion généralement plus marginales au sein des recherches empiriques (Thorne, 2016). De plus, sa souplesse donne la possibilité de réfléchir une méthode qui soit cohérente à l'objet d'étude; ce qui est encouragé pour les recherches s'appuyant sur une perspective féministe intersectionnelle (Reimer-Kirkham et Anderson, 2002).

### 4.2 Sélection, description et entrée dans le milieu

Pour identifier un milieu propice pour ce projet, je me suis informée sur le contexte clinique et l'approche de soins de différents centres de santé de première ligne déployant une pratique infirmière qui rejoint les sexualités des jeunes. Suite à cette recherche, le milieu de ce projet a été approché avec l'accord de ma directrice de recherche. Soutenant le choix de ce milieu, la prochaine section fera une présentation de celui-ci. La section suivante décrira mes premiers contacts et mon entrée dans ce milieu.

#### 4.2.1 Description du centre de santé

Le centre de santé communautaire (Csc)<sup>12</sup> dans lequel a pris part ce projet, intègre une pratique infirmière de première ligne auprès de jeunes de 14 à 24 ans et qui aborde une pluralité de sexualités. Localisé dans un quartier urbain, il dessert une population dont le profil sociodémographique comporte une diversité culturelle importante et fait état de divers indices de défavorisation, tels qu'un faible taux de scolarisation et une proportion de 33% de familles monoparentales<sup>13</sup>. Mobilisée au sein de son quartier, ce Csc s'implique depuis sa fondation dans différentes luttes sociales et fait la promotion d'événements féministes tels que la marche mondiale des femmes. Il est reconnu pour son approche sociale de la santé et son intervention inclusive auprès des jeunes. Par exemple, le matériel éducatif utilisé pour communiquer de l'information aux jeunes adopte un langage inclusif et convivial, adapté à leurs réalités.

Deux équipes au sein de ce centre de santé déploient une pratique infirmière qui adresse les sexualités des jeunes. La première est celle de la Clinique jeunesse composée de deux infirmières qui rencontrent des jeunes âgés jusqu'à 24 ans, avec ou sans rendez-vous, pour des raisons de santé diverses dont plusieurs sont en lien avec la santé sexuelle. L'autre est celle des Soins courants comportant une équipe de cinq infirmières qui interviennent occasionnellement auprès de jeunes dans le cadre du sans- rendez-vous médical. Plusieurs personnes exerçant différentes fonctions de gestion chapeautent ces équipes.

#### 4.2.2 Entrée dans le milieu

Des premiers contacts ont été établis avec les gestionnaires et des infirmières du Csc afin de susciter la confiance du milieu, faire preuve de transparence sur la méthode envisagée et solliciter des informations permettant de concevoir un projet réalisable et à l'image du milieu (Gervais, Weber et Caron, 2018; Thorne, 2016).

L'entrée dans le milieu a été initiée en décembre 2018 par l'envoi d'une lettre au Csc (ANNEXE C). Par l'entremise de celle-ci, je me suis présentée en tant qu'étudiante-chercheuse (EC) également infirmière dans des services jeunesse de première ligne. J'ai introduit mon projet soit :

---

<sup>12</sup> Considérant la faible affluence des centres de santé communautaire, afin de respecter la confidentialité des participantEs de l'étude, ce mémoire ne fera pas mention du nom du centre de santé dans lequel s'est déroulé cette étude. Les termes pour désigner ce centre seront « centre de santé communautaire » ou « milieu de soin ».

<sup>13</sup> Afin de préserver la confidentialité du milieu, le source de cette information n'est pas citée. Toutefois, l'information provient d'un document municipal (2015), décrivant le profil sociodémographique de la communauté desservie par le Csc.

son but; mon questionnement de recherche; l'approche féministe adoptée; et l'échéancier envisagé.

Une rencontre avec la coordonnatrice des services jeunesse (CSJ) et avec la directrice des soins infirmiers/infirmière conseillère-cadre (DSI/ICC)<sup>14</sup>, en février 2019, a permis de répondre aux questionnements du milieu envers ce projet et de susciter leur intérêt pour y participer. Afin d'avoir un premier aperçu de sa faisabilité, les exigences du milieu pour le déploiement d'un projet de recherche ont également été interrogées. Celles-ci impliquaient : le respect des disponibilités des participantEs; la confidentialité du milieu lors de la diffusion des résultats de l'étude; ainsi que l'approbation comité d'évaluation interne de la pertinence organisationnelle de la recherche du centre de santé communautaire (CÉIPOR-Csc). Ces exigences ont été prises en compte dans l'élaboration de ce projet et ont été respectées tout au long de cette recherche.

Une journée d'observation auprès des infirmières de la Clinique jeunesse a par la suite été effectuée en mai 2019 pour introduire ma recherche, tisser des liens avec le milieu et, encore une fois, assurer la faisabilité de ce projet. En outre, cette journée a permis de comprendre davantage le fonctionnement du milieu et d'évaluer la disponibilité des infirmières afin de pouvoir réfléchir une méthode de collecte de données qui respecte leurs exigences et réalités quotidiennes.

Enfin, la phase d'entrée dans le milieu s'est clôturée avec l'approbation de différents comités d'évaluation de la recherche. Ainsi, en octobre 2019, ce projet de recherche a obtenu l'approbation d'un comité composé de membres du corps professoral de la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal (UdeM). Il fut ensuite approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en science et en santé (CERSES) de l'UdeM (ANNEXE D) et le CÉIPOR-Csc en février 2020 (ANNEXE E). La pandémie Covid-19 tout juste apparue au Québec à ce moment a toutefois forcé l'arrêt de ce projet qui fut redémarré en août 2020 avec l'accord du milieu et du CERSES. Ce dernier a par ailleurs approuvé tous les ajustements méthodologiques qui étaient nécessaires à effectuer pour respecter les directives sanitaires en place.

### **4.3 Échantillonnage, accès et recrutement**

Pour constituer un échantillon me permettant l'exploration des différentes composantes de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes, une stratégie d'échantillonnage intentionnelle mixte a été retenue (Patton, 2002).

---

<sup>14</sup> Au Csc, une seule personne en poste exerce à la fois les fonctions de la DSI et à la fois celle de l'ICC.

Ainsi, un échantillonnage intentionnel, réfléchi selon des critères prédéfinis (détails section 4.3.1), a été effectué pour solliciter et inclure des gestionnaires à l'échantillon. Puis, pour y intégrer des infirmières, une stratégie intentionnelle favorisant cette fois une certaine hétérogénéité a été déployée. Celle-ci, l'était pour motiver l'accès à une variété de réalités au sein de la pratique infirmière. Ceci étant, bien que le recrutement se soit réalisé selon ces principes d'intentionnalité, l'échantillon final s'est toutefois formé de convenance, selon les contingences du milieu et le déroulement des événements.

Les stratégies d'échantillonnage sont décrites dans ce qui suit. Chaque section détaillera notamment l'accès aux participantEs, les critères de sélection ainsi que les procédures de recrutement.

#### **4.3.1 Accès et recrutement des participantEs**

##### a) Des gestionnaires

Deux gestionnaires participantEs (GP) font partie de l'échantillon pour explorer l'environnement ainsi que l'évolution de la pratique infirmière. Ces gestionnaires devaient correspondre aux critères d'inclusion suivants : (1) porter un/des titres qui représentent la structure organisationnelle du Csc; et (2) collaborer directement avec des infirmières intervenant en santé sexuelle auprès des jeunes.

**Accès aux gestionnaires.** Dès la reprise de mon projet, en août 2020, avec l'aide de la DSI/ICC rencontrée lors de mon entrée dans le milieu, j'ai fait parvenir une lettre de présentation à l'équipe de coordination des services jeunesse et aux autres professionnelLEs exerçant des fonctions de gestion auprès des équipes de la Clinique Jeunesse et des Soins courants. Cette lettre visant à amorcer mon projet de recherche m'a permis de me présenter, de décrire brièvement ce projet et de les solliciter à une première rencontre (ANNEXE F). Suite à cette lettre, une rencontre par visioconférence a été organisée à la convenance du milieu, en septembre 2020, avec un gestionnaire et la DSI/ICC soit, les deux seulEs gestionnaires ayant démontré intérêt à me rencontrer.

J'ai profité de cette rencontre pour vérifier les impacts de la pandémie sur leur milieu de pratique et pour faire un retour sur le projet en résumant son but, les méthodes, l'échéancier envisagé, les retombées estimées pour la pratique infirmière, ainsi que les modalités de diffusion des résultats dans le milieu. Je les ai également invitéEs à considérer une participation à un entretien semi-dirigé en précisant les thèmes qui seraient explorés. Dans cette idée, j'ai expliqué

le contenu envisagé de cet entretien, tout en précisant qu'il s'agissait d'une rencontre d'une durée de 60 à 90 minutes impliquant la complétion d'un formulaire de consentement ainsi qu'un entretien individuel avec enregistrement audio portant sur leur pratique de gestion au milieu de soin et leur rôle auprès des équipes qui interviennent en santé sexuelle auprès des jeunes.

J'ai également sollicité la permission des gestionnaires pour me joindre à une rencontre d'équipe des infirmières de leurs secteurs (une par équipe). Je leur ai demandé de m'accorder un moment pour que je puisse présenter mon projet aux infirmières en leur absence. Il était de mon souhait d'éviter toute possibilité de pression induite auprès des infirmières en ce qui a trait à leur participation possible au projet.

Suite à notre rencontre, le formulaire d'information et de consentement [FIC] (ANNEXE G) a été distribué aux gestionnaires présentEs pour une lecture préalable seulement. Il a aussi été convenu que j'effectuerais une relance téléphonique dans les semaines suivantes pour vérifier l'intérêt de chacunE à participer à l'entretien.

**Recrutement des gestionnaires.** Tel que prévu, une relance téléphonique a été effectuée auprès de chaque gestionnaire individuellement trois semaines après la rencontre portant sur le projet. J'ai ainsi pu valider le respect des critères d'inclusion et vérifier leur intérêt à participer au projet de recherche.

Les deux personnes exerçant des fonctions de gestion ont manifesté avec assurance un intérêt à participer au projet et un moment pour chaque entretien a été prévu en novembre 2020, à la convenance des participantEs. Il fut souligné que je resterais disponible pour répondre à toute question par courriel ou téléphone avant notre rencontre et tout au long de la recherche.

#### b) Des infirmières

Les infirmières participantEs (IP) sollicitées pour participer à la recherche devaient correspondre, d'entrée de jeu, à deux critères d'inclusion : (1) avoir une expérience de pratique infirmière adressant les sexualités des jeunes depuis plus de six mois; et (2) maîtriser le français écrit et parlé. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu. L'échantillon envisagé était de deux à trois infirmières pour assurer la richesse informationnelle souhaitée (Malterud, Siersma et Guassora, 2016).

De plus, pour favoriser une certaine hétérogénéité (Patton, 2002), d'autres critères susceptibles de susciter une diversité au sein des données en termes des composantes de la structure, de l'environnement et de l'évolution de la pratique infirmière (section 2.1.1), ont été

ciblés pour orienter la démarche de sollicitation : (1) le nombre d'années d'expérience de travail des infirmières auprès des jeunes; et (2) leur contexte de travail. Il était ainsi désiré que l'échantillon se compose d'au moins unE infirmière de chaque équipe du Csc qui adresse les sexualités des jeunes; d'au moins unE infirmière qui pratique auprès des jeunes depuis moins de cinq ans; et d'unE autre travaillant auprès de cette population depuis plus de cinq ans.

**Accès aux infirmières.** Suite à la rencontre de présentation du projet de recherche avec les gestionnaires, la DSI/ICC m'a transmis les courriels des infirmières de la Clinique jeunesse. Comme j'avais déjà rencontré ces infirmières lors de mon entrée dans le milieu, je n'ai pas eu à leur envoyer une lettre de présentation. J'ai toutefois contacté ces infirmières par courriel en leur annonçant la reprise de mon projet de recherche et en les invitant à une rencontre. Je leur ai également fait parvenir le FIC pour lecture seulement, afin qu'elles puissent avoir préalablement à cette rencontre un aperçu du projet (ANNEXE H). Puis, une première rencontre téléphonique a été organisée conjointement avec les deux infirmières de la Clinique jeunesse. Le moment et le médium de communication ont été choisis selon leur préférence.

Lors de cette discussion, similairement à la rencontre avec les gestionnaires, j'ai résumé mon projet et sollicité leur participation à celui-ci en précisant les critères de sélection. Ce faisant, outre le contexte et les objectifs de mon projet, j'ai précisé le raisonnement sous-tendant les critères d'inclusion et en quoi consistait la méthode de collecte des données envisagée, y incluant : mon rôle en tant qu'étudiante-chercheuse; et le temps de collecte prévu auprès de chaque participantE. Nous avons convenu qu'une relance téléphonique leur serait faite afin de vérifier leur intérêt à leur participation au projet de recherche.

Enfin, tout comme pour approcher les infirmières de la Clinique jeunesse, une demande via la DSI/ICC, a été faite pour organiser une rencontre afin de présenter mon projet de recherche à l'équipe des Soins courants. Toutefois, dû à une surcharge de travail, l'équipe a refusé de participer à cette rencontre et je n'ai donc pas pu avoir accès aux infirmières de cette équipe.

**Recrutement des infirmières.** Un retour a été fait auprès des infirmières de la Clinique jeunesse par une communication téléphonique pour vérifier leur accord à participer au projet de recherche. Ces dernières ont tenu à ce que l'appel soit commun malgré ma proposition de communiquer avec elles individuellement. Nous avons rediscuté de la méthode de collecte et j'ai répondu à leurs questions. Je leur ai également précisé que le FIC serait complété au début du premier entretien. Les deux infirmières, satisfaites, ont d'emblée démontré un intérêt à participer au projet. Les critères d'inclusions ont été validés et un des deux critères d'hétérogénéité soit, le

nombre d'années d'expérience de travail des infirmières auprès des jeunes était vérifié. Nous avons ensuite convenu de dates pour des premiers entretiens en octobre 2020 et novembre 2020.

#### **4.3.2 Profil des participantEs de l'étude<sup>15</sup>**

Deux infirmières pratiquant à la Clinique jeunesse du Csc et deux professionnelLEs exerçant des fonctions de gestion ont participé à cette étude. Bien que les deux gestionnaires pratiquaient auprès des mêmes équipes de soins du Csc qui abordaient les sexualités des jeunes, elle/il exerçait des fonctions très différentes soit, cliniques ou de coordinations.

Les personnes ayant participé à cette étude étaient âgéEs de 50 ans et plus ou approchaient la cinquantaine. Personne ne pratiquait une religion. L'ensemble des participantEs se sont identifiéEs hétérosexuelLEs. À la question portant sur l'identité sexuelle, les participantEs n'ont toutefois pas précisé leur genre ou leur sexe. Néanmoins, en portant attention au genre utilisé pour se désigner, il est possible de supposer que trois personnes ayant participé à cette recherche étaient de genre féminin et qu'un participant était de genre masculin.

Enfin, trois des participantEs ont suivi plusieurs formations en lien avec les sexualités. Aucune de celles-ci ne portait spécifiquement sur les sexualités des jeunes. Les participantEs ont eu des expériences de travail antérieures variées, en soins infirmiers ou en travail social, avant de travailler au Csc en lien avec en santé sexuelle ou auprès des jeunes. Elles/il ont toutEs travailléEs en CH et en CLSC dans divers services de première ligne. Une participante a travaillé par le passé dans un autre Csc adoptant une approche féministe et une des gestionnaires a déjà enseigné au niveau universitaire et fait de la recherche.

#### **4.4 Collecte de données par entretien semi-dirigé**

L'entretien semi-dirigé est la méthode de collecte de donnée retenue pour ce projet de recherche. Cette méthode, prenant la forme d'une conversation individuelle empreinte d'écoute active avec les participantEs de l'étude (Kivits, Balard, Fournier et Winance, 2016), a été sélectionné pour mobiliser les savoirs des participantEs de manière à explorer différentes dimensions de la pratique infirmière (Thorne, 2016), suivant nos repères théoriques (voir chapitre 2)

Six entretiens ont été réalisés. Deux premiers entretiens ont été amorcés avec les IP dès la fin octobre 2021. Ceux-ci ont été suivis de deux entretiens avec les GP soit, un par GP. Enfin, un

---

<sup>15</sup> Le profil des participantEs de l'étude a été élaboré à l'aide des questions sociodémographiques posées à la fin des rencontres (voir section 4.5.1 a; ANNEXE I; ANNEXE J).

deuxième entretien en décembre a été effectué avec chaque IP pour approfondir certains aspects de leur pratique et clore la collecte de données. Un délai entre les deux entretiens des IP a été prévu volontairement de manière à me laisser le temps de réfléchir à mes données et initier l'analyse des données dans un processus itératif (Thorne, 2016). Finalement, un journal de bord a été rédigé tout au long de la collecte et de l'analyse des données.

#### **4.4.1 Contenu des entretiens**

##### a) Les premiers entretiens avec les IP et les entretiens avec les GP

Chaque entretien s'est divisé en trois phases (Bryman, 2016) : (1) une phase de réchauffement pour délier la discussion; (2) le cœur de la discussion qui explorait les principales thématiques; et (3) une phase finale impliquant des questions fermées de type sociodémographique et laissant un espace pour que les personnes puissent faire des ajouts à la discussion. Les questions fermées de type sociodémographique documentaient des informations liées au groupe d'âge, à l'identité sexuelle et à l'expérience de travail des participantEs. Ces données ont aidé à contextualiser les données recueillies (Thorne, 2016).

Des thèmes ciblés en fonction du type d'acteur sollicité ont orienté les entretiens. À partir de ceux-ci, des guides ont été élaborés pour soutenir mon écoute active.

Ainsi, un guide a été conçu pour soutenir les premiers entretiens avec les IP (ANNEXE I). Celui-ci a abordé : (1) leurs motivations à pratiquer en santé sexuelle avec les jeunes et (2) leurs rencontres avec les jeunes. Un guide a également été développé pour les entretiens des GP (ANNEXE J) afin d'explorer l'environnement de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes. Les discussions avec les GP se sont plus particulièrement centrées sur trois thèmes soient : (1) la gestion au Csc; (2) le rôle des gestionnaires auprès des équipes de soins impliquant une pratique en santé sexuelle auprès des jeunes; ainsi que (3) sur les liens qu'entretient le Csc avec la communauté. Ce troisième thème a été déterminé, une fois les premiers entretiens réalisés auprès des IP afin d'apporter des précisions sur des aspects de la pratique infirmière.

Pour chaque thème, une question ouverte a été formulée afin que la conversation réponde aux objectifs de l'entretien, tout en invitant à élaborer, si nécessaire (Reimer-Kirkham et Anderson, 2002). Des mots-clés et sous-questions ont ainsi été rédigés pour, au besoin, soutenir, préciser et alimenter l'échange.

#### b) Les deuxièmes entretiens avec les IP

Les deuxièmes entretiens avec les IP se sont basés sur les mêmes thèmes que le premier entretien. Néanmoins, ils ont été orientés sur des aspects plus précis de leur pratique de manière à affiner ma compréhension de celle-ci (Kivits, et al., 2016).

Pour alimenter la discussion lors de ces deuxièmes rencontres, un résumé de chaque premier entretien (Annexe K) a été rédigé et envoyé par courriel aux IP une semaine avant leur second entretien. Ces résumés, d'environ une page, faisaient un retour sur les motivations et les situations rencontrées au sein de la pratique des infirmières en santé sexuelle auprès des jeunes tout en cernant les aspects de leur pratique qui me semblaient centraux. A travers ces résumés, j'ai tenté d'interpréter le moins possible les propos des participantEs tout en utilisant un ton chaleureux ainsi que des termes employés par les IP. Mon idée était de fournir aux participantEs un résumé qui leur parlait tout en leur partageant ma compréhension de nos premières discussions.

Un guide d'entretien a également été développé pour soutenir les deuxièmes rencontres avec les IP (ANNEXE L). Celui-ci, construit sous la même forme que les autres guides, était divisé en thématiques auxquelles étaient rattachés des questions principales, mots clés et sous-questions. Les thèmes ciblés étaient : **(1)** un retour sur le résumé du premier entretien; **(2)** la pratique infirmière face aux réalités plurielles des jeunes; et **(3)** le rôle des infirmières auprès des jeunes. Ces deux derniers thèmes ont été ciblés pour approfondir ces aspects de la pratique des IP qui, après une première brève analyse des premiers entretiens, suscitaient certaines questions à approfondir. Ceci, également pour répondre au but du projet de recherche. Il est à préciser, que les guides de ces deuxièmes entretiens ont été adaptés pour chaque IP afin explorer les thématiques ciblées tout en restant centré sur les résumés et premiers entretiens. Ils présentaient donc certaines différences dans les questions posées.

#### 4.4.2 Déroutement des entretiens

En respect des mesures sanitaires, les entretiens se sont déroulés par vidéoconférence via la plateforme ZOOM de l'Udem. Le lien URL pour la rencontre zoom de chaque entretien a été transmis par courriel aux participantEs environ deux semaines à l'avance pour que les participantEs puissent installer le programme sur leur ordinateur. Je les ai également invitéEs à communiquer avec moi par courriel ou par téléphone advenant un problème technique. Pour

respecter la confidentialité des participantEs, je me suis installée dans une pièce de mon domicile à porte close. J'ai également choisi un fond neutre pour éviter toute distraction.

Au début des premiers entretiens avec les IP et de chaque entretien avec les GP un rappel du but de la recherche et de l'intention de l'échange a été fait pour assurer leur consentement libre, éclairé et continu à la recherche.

Le FIC a ensuite été lu avec chaque personne. J'ai répondu à toutes les questions avant que les participantEs attestent de leur participation. Chaque attestation, énoncée oralement, a été enregistrée et ma propre signature a été apposée sur les FIC. Ceux-ci ont par la suite été envoyés aux participantEs par courriel. Pour les infirmières, je me suis également assuré qu'elles ne ressentent pas de pression de leurs pairEs pour participer au projet avant qu'elles me donnent leur accord à la participation au projet. Cette attention particulière a été portée considérant leur volonté de me rencontrer en équipe lors de la phase du recrutement (voir section 4.3.1 b). En ce qui a trait aux deuxièmes entretiens avec les IP, le FIC n'a pas été revu en début d'entretien. L'accord des IP à participer au projet a toutefois été revalidé et une ouverture au début des échanges a été laissée pour toute question en lien avec mon projet de recherche.

Avant de débiter chaque entretien ainsi que l'enregistrement de ceux-ci, j'ai annoncé aux participantEs que j'allais prendre des notes cursives pendant les échanges pour m'aider à retenir des éléments mentionnés afin d'y revenir ultérieurement, sans couper l'élan de la discussion. J'ai également vérifié leur accord pour un enregistrement audiovisuel de l'entretien tout en précisant leur droit de refus à l'enregistrement.

Les entretiens ont duré de 50 à 70 minutes. Bien que l'ordre et la composition des guides d'entretien aient été pré-réfléchis, les conversations ont pris l'orientation des propos des personnes. Mes interventions ont eu lieu au moment opportun, selon le fil de la conversation qui a laissé une grande place aux silences et à l'écoute active des propos de chaque participantE (Green et Thorogood, 2018). Toutes les questions ou éléments des guides n'ont pas été utilisés. CertainEs sous questions ont même été ajoutés au besoin.

Enfin, lors des remerciements à la fin de l'entretien et une fois l'audio enregistrement terminé, une place a été laissé pour qu'un échange informel s'ensuive, permettant l'émergence d'autres réflexions pertinentes à l'entretien (Green et Thorogood, 2018). Dans le cas échéant, j'ai demandé la permission de noter les propos de la personne tout en lui laissant la liberté de refuser.

#### a) Journal de bord

Un journal de bord a été complété après chaque entretien ainsi que tout au long de la réalisation de ce projet de mémoire afin de stimuler ma réflexivité et de garder des traces de ma démarche méthodologique (Thorne, 2016). Dans cette idée, il a intégré des notes analytiques qui m'ont permis de faire des liens entre la théorie et ce qui fut discuté, ainsi que des réflexions personnelles, soit principalement : des éléments qui attirent mon attention, des questions que je me pose, mes sentiments, mes découvertes. J'ai également annoté, en détaillant l'argumentaire de mes choix, l'ensemble de ma démarche méthodologique.

### 4.5 Gestion du matériel de recherche

Ce qui suit présente, dans un premier temps, les matériaux de recherche qui ont été produits lors de collecte des données ainsi que la manière dont ils ont été organisés. Par la suite, je préciserai les mesures de sécurité mises en place pour préserver le matériel de recherche ainsi que la manière dont j'ai préparé le matériel pour l'analyse.

#### 4.5.1 Données des entretiens

Les entretiens ont fourni des enregistrements audiovisuels qui, une fois transcrits, ont été matérialisés sous forme textuelle via des fichiers électroniques *Word*. Chaque matériel audiovisuel a été transféré dans un fichier crypté et enregistré sur une plateforme sécurisée *Onedrive* de l'Udem<sup>16</sup> uniquement partagée avec ma directrice de recherche.

J'ai transcrit l'intégralité des entretiens tel que recommandé par Sally Thorne (2016) lorsqu'une chercheuse est novice. Pour faciliter la transcription, le logiciel *Express scribe*<sup>17</sup> a été utilisé, ce qui m'a permis de ralentir le débit de la conversation. Un fichier électronique *Word* distinct a été créé pour chaque entretien. Dans ceux-ci, j'ai distingué les verbatim par l'usage des codes identifiant la personne qui parle (EC, IP, GP). Les hésitations, silences, rires, intonations et exclamations ont également été annotés entre [crochets]. Chaque transcription, une fois terminée, a été relue en visionnant en simultanée son enregistrement. J'ai ainsi pu m'assurer de la conformité des textes transcrits et préciser les non-verbal des participantEs.

À noter que l'ensemble des fichiers liés à unE participantE a été enregistré dans un dossier qui lui a été assigné et nommé de son code.

<sup>16</sup> Pour plus d'informations voir : <https://wiki.umontreal.ca/display/SIE/OneDrive+Entreprise>

<sup>17</sup> Pour plus d'informations voir : <https://www.nch.com.au/scribe/fr/index.html>

#### **4.5.2 Journal de bord**

Le journal de bord a pris la forme de fichiers *Word* soit, un nouveau par semaine. Dans ces fichiers, les entrées ont été organisées par ordre chronologique et chacune indiquait la nature de la note [p.ex. : note réflexive – méthodologie] (ANNEXE M).

#### **4.5.3 Dénominalisation et sécurité**

Un code a été attribué à chaque participante dès le début de la collecte de données. Aucune donnée ayant été soumise aux analyses ne contenait d'identificateurs personnels.

Tous les fichiers électroniques audiovisuels, textuels ainsi que les FIC ont été sauvegardés sur mon ordinateur portable personnel, celui-ci, verrouillé d'un code de sécurité. Une copie de ces fichiers a également été enregistrée sur serveur sécurisé *OneDrive* dont l'accès a été partagé uniquement avec ma directrice de recherche.

#### **4.5.4 Préparation des données pour l'analyse**

L'ensemble des données d'entretien a été saisi dans le logiciel d'analyse qualitative *QDA Miner* et regroupé de manière à ne pas pouvoir identifier les participantEs. La catégorie du/de la participantE (IP ou gestionnaire) ainsi que les données sociodémographiques ont toutefois été associés aux verbatims pour pouvoir relier ou distinguer certaines données au moment des analyses.

### **4.6 Analyse qualitative des données**

Une analyse thématique inspirée de Pierre Paillé et d'Alex Mucchielli (2008) a été retenue comme méthode d'analyse qualitative. Celle-ci, suggérée pour un devis exploratoire (Thorne, 2016) vise à repérer, identifier et catégoriser les données afin de concevoir des grands thèmes de notre matériau (Paillé et Mucchielli, 2008). Ces grands thèmes ont été conçus pour modéliser la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes selon une perspective féministe intersectionnelle.

L'analyse s'est déployée en quatre grandes étapes détaillées dans ce qui suit : (1) l'immersion dans les données; (2) le codage générique; (3) le regroupement des codes et interprétations; et (4) la thématisation et la modélisation.

#### **4.6.1 Immersion dans les données**

Cette étape d'immersion dans les données m'a permis de me familiariser avec celles-ci, pour en développer une compréhension qui a rendu mon analyse plus rigoureuse (Thorne, 2016).

Concrètement, la tenue du journal de bord et la transcription des entretiens (que j'ai moi-même effectuée), m'ont permis cette immersion dans les données. De cette manière, j'ai pu porter attention aux mots employés, aux silences, aux intonations ainsi qu'au non-verbal des participantEs tout en m'imprégnant de leur discours. Au fur et à mesure des transcriptions et de leur relecture effectuée à la fin de celles-ci, des réflexions ont d'ailleurs été annotées en marge des documents et dans mon journal de bord concernant des questionnements à approfondir, identifier des pistes d'interprétation et amorcer l'élaboration d'un lexique de codes.

#### **4.6.2 Codage générique**

Cette étape de l'analyse, et première du codage, engage le découpage des textes en segments et l'attribution de codes descriptifs aux segments. Le type de codage retenu est générique, c'est-à-dire qu'il s'est formalisé dans une démarche qui se trouve à mi-chemin entre l'inductif et le déductif (Thorne, 2016).

La principale question ayant guidé cette phase d'analyse est *Comment, globalement, les données décrivent la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes?* Pour y répondre, un premier découpage du texte a été effectué. Les codes attribués à des segments de phrase ou de texte se sont référés principalement aux composantes de la pratique infirmière telle que conceptualisées dans les repères théoriques [p.ex. : structure, activités, environnement, finalité, évolution] (Richard, 2013). Une fois ce premier codage réalisé, un codage subséquent a été effectué plus finement pour nommer les différents contenus abordés ou, encore, les différentes idées ou patterns décelés. Une place a ainsi été accordée à l'émergence de codes non liés aux repères théoriques, en fonction de ce qui ressort des données. Tous les codes ont pris la forme d'un mot ou d'une brève phrase (Thorne, 2016). De plus, afin d'assurer la fiabilité du codage, un lexique de ces codes a été élaboré au fur et à mesure dans un fichier informatique tiers dans lequel chaque code a été associé à une définition (ANNEXE N).

#### **4.6.3 Regroupement de codes et interprétations**

À cette étape de l'analyse, il fut question de relever des *patterns* entre les codes de manière à les regrouper. Pour ce faire, plusieurs techniques inspirées de Gerry W. Ryan et de Russel H. Bernard (2003) m'ont aidé à réfléchir avec les données.

Ainsi, le matériel de recherche associé à chaque code et à des codes apparentés a été regroupé dans des fichiers *word* distinct (un par code ou groupe de codes apparentés), puis a été relu attentivement pour y distinguer et interpréter des idées récurrentes, des ressemblances et

divergences, ou autres formes de *patterns* (ANNEXE O). Le questionnement guidant cette démarche engageait les interrogations suivantes : *Comment les composantes de la pratique infirmière sont-elles qualifiées ?; Quelle est la relation entre ces composantes et les inégalités sociales? Est-ce qu'il y a des inégalités de pouvoirs au sein de la pratique infirmière? Si oui, comment se manifestent-elles ?.*

#### 4.6.4 Thématisation et modélisation

Cette phase de l'analyse des données implique principalement une mise en relation des différentes conceptions ayant émergé de l'étape précédente. Elle a par ailleurs pris le sens du matériau en place (Paillé et Mucchielli, 2008).

Dans l'objectif de m'aider à réfléchir avec mes données, j'ai illustré les différents *patterns* entre les codes (identifiés à l'étape précédente) au travers des schémas conçus avec le logiciel *CmapTools*<sup>18</sup>. Plusieurs questions formulées à partir de ma posture féministe intersectionnelle m'ont permis d'identifier ces *patterns* et de construire des schémas (ANNEXE P). Je me suis notamment demandé : *Quelles dimensions de la pratique infirmière en santé sexuelle remettent en question les différentes formes d'inégalités sociales? Qu'est-ce qui particularisent une pratique infirmière féministe et intersectionnelle? Par quel vecteur, la pratique infirmière se mobilise pour considérer les différents déterminants sociaux de la santé qui façonnent les sexualités des jeunes?* Ainsi, partant de ce questionnement, j'ai pu amorcer la construction de thèmes ou de reliances entre des idées tout en cernant des leviers pour une pratique infirmière féministe et inclusive en santé sexuelle auprès des jeunes.

Ensuite, c'est au travers la mise en relation figurative, métaphorique et narrative des idées issues de ces schémas que des résultats ont pu être générés en réponse à la question de recherche. Ceux-ci ont par ailleurs été élaborés en restant proche de mes données puisque je suis retournée mainte fois vérifier que les verbatim soutenaient les idées avancées.

Enfin une fois identifiés, les différents thèmes ont été mis en relation les uns aux autres. Une représentation figurative de ma compréhension des liens entre ces thèmes a ainsi pu émerger.

---

<sup>18</sup> Logiciel repéré à : <https://cmap.ihmc.us/>

#### **4.7 Critères de qualité**

La qualité de cette étude peut être jugée à partir de quatre critères cohérents avec la posture épistémologique féministe critique dans laquelle s'ancre ce projet : (1) l'intégrité épistémologique; (2) l'horizontalité; (3) la transparence; ainsi que (4) la crédibilité. Les prochaines sections définiront ces critères et décriront comment ils ont été respectés.

##### **4.7.1 Intégrité épistémologique**

L'intégrité épistémologique renvoie à la cohérence entre la posture épistémologique d'une recherche et au questionnement de cette dernière (Thorne, 2016). Dans cette recherche, les repères théoriques ont été à clairement explicités (voir chapitre 2) de manière à valider leur cohérence avec les objectifs de ce projet. Par ailleurs, l'utilisation d'une perspective intersectionnelle questionnant la multiplicité des vecteurs de pouvoir au sein de la pratique infirmière fait écho à la posture féministe critique sur laquelle prend appui ce projet (Gervais et al., 2018). Enfin, je me suis assuré que les connaissances générées par ce projet incluent des nuances essentielles d'une posture intersectionnelle par un retour aux écrits et aux théories.

##### **4.7.2 Horizontalité**

Ce critère, propre aux recherches féministes, suggère une relation entre les chercheurEs et les participantEs de l'étude qui soit mutuelle et non-hiérarchique. Celle-ci évite, en l'occurrence, la formation d'un rapport de pouvoir de la part de la chercheuse envers le sujet étudié (Gervais et al., 2018). L'horizontalité a été encouragée par le développement d'une relation de confiance avec les participantEs. Elle a été vérifiée par la dynamique d'échange qui s'est établi avec les participantEs soit : la manière dont nous nous adressions à l'autre; ainsi que l'aisance que les participantEs avaient à me communiquer leurs besoins et leurs inquiétudes. L'horizontalité a aussi été cultivée par ma transparence envers les participantEs quant au déroulement de ma recherche ainsi que l'ouverture que j'ai démontrée pour m'adapter à leurs exigences et horaires.

##### **4.7.3 Transparence méthodologique**

La transparence méthodologique se réfère à l'explicitation du processus intellectuel qui sous-tend les différentes étapes d'une recherche pour que les lecteurs/lectrices puissent vérifier la rigueur, la pertinence et la cohérence méthodologique de la recherche (Guba et Lincoln, 1989). Dans cette idée, la présentation finale de ce mémoire détaille chacune des étapes de la recherche de manière à fournir une explication des choix effectués. Plusieurs annexes sont également mis à disposition pour ajouter des précisions aux différentes étapes du mémoire. Par ailleurs, afin de

rendre disponible notre processus réflexif quant à notre analyse des données, la présentation des résultats a été alimentée de plusieurs *verbatim*s. Les choix méthodologiques effectués sont également appuyés de réflexions tirées du journal de bord tenu tout au long du projet. En outre, celui-ci a permis de retracer le processus décisionnel de cette recherche puisqu'il fournit des informations sur la chronologie de chaque décision (Thorne, 2016).

#### **4.7.4 Crédibilité des résultats**

Ce critère correspond à la qualité informationnelle des résultats. Autrement dit, il est souhaité que les connaissances produites correspondent à la réalité vécue par les personnes qu'elles représentent et donnent accès à l'objet d'étude (Thorne, 2016). Dans ce projet, la modélisation qui a été faite devrait ainsi s'avérer congruente avec l'expérience que les infirmières ont de leur pratique en santé sexuelle auprès des jeunes. Dans cet esprit, pour valider cette congruence, les hypothèses invoquées par la modélisation ont été mises à l'épreuve des données, à la recherche de données contradictoires (Miles et Huberman, 2003). De plus, ma directrice de recherche a été consultée à toutes les étapes de l'analyse (Thorne, 2016). Enfin, il est à souligner, que mes expériences de pratique dans une institution de première ligne en santé sexuelle auprès des jeunes ainsi que mon immersion dans le milieu de cette recherche, m'ont aidé à développer une compréhension plus fine des réalités de la pratique des infirmières ce qui rend plus crédible les résultats obtenus.

### **4.8 Considérations éthiques**

#### **4.8.1 Approbation des comités d'évaluation**

Afin d'assurer sa qualité et cohérence méthodologique, ce projet a été soumis à un comité d'approbation scientifique de la FSI, au CERSES ainsi qu'au CÉIPOR-Csc. L'échantillonnage ainsi que la collecte de données ont débuté seulement après l'obtention de l'approbation de ces trois comités. De plus, étant donné la pandémie SARS-CoV-2 en 2020-2021, il est à préciser que plusieurs changements méthodologiques ont été apportés au projet en cours de route et que, toutes les modifications du protocole de recherche ont été approuvées par le CERSES.

#### **4.8.2 Consentement libre, éclairé et continu**

Diverses mesures ont assuré la participation volontaire, libre et éclairée des personnes à cette recherche. Les FIC ont été transmis aux GP et IP au préalable, pour information seulement. Ils ont ensuite été revus et complétés par chaque participantE avant le début de la collecte des données. Lors des rencontres de présentation du projet, aucune pression n'a été exercée de ma

part et un délai de réflexion pour participer au projet a été respecté (environ une semaine). Par ailleurs, j'ai fait un bref retour avec chaque participantE avant les entretiens pour assurer que leur participation soit toujours consentie; en plus de rappeler de me faire part de tout malaise ou volonté de retrait s'il y a lieu. À tout moment, les participantEs avaient la liberté de quitter le projet.

#### **4.8.3 Confidentialité des données**

Aucune donnée ou information personnelle n'a été divulguée à une tierce personne. Le milieu de soin n'est pas nommé dans la présentation des résultats. La seule information transmise indique que ce projet se déploie dans un service de première ligne qui adresse les sexualités des jeunes au sein d'un milieu de santé communautaire. Consciente que les milieux communautaires n'affluent pas, la ville ne fera pas l'objet de mention dans les articles scientifiques et conférences qui diffuseront les résultats de cette recherche. Par ailleurs, seules l'étudiante-chercheure et sa directrice de mémoire ont eu accès aux données pour fins d'analyse.

#### **4.8.4 Dénonciations et critiques de la part des participantEs**

Pour éviter un risque de représailles envers les participantEs (de la part du milieu ou autres professionnelLEs), toute critique énoncée envers leur milieu de travail, leurs collègues et ou/supérieurEs n'a pas été considérée dans la collecte des données. Toute autre affirmation susceptible de leur causer préjudice a également été ignorée lors de l'analyse des données.

## Chapitre 5 - Résultats

Ce cinquième chapitre présente les résultats de cette recherche. Ceux-ci décrivent une pratique infirmière auprès des jeunes en santé sexuelle qui s'active pour une **finalité de dépassement**. Les jeunes, au sein de cette pratique, sont encouragés à grandir, en portant attention aux multiples dimensions de leurs sexualités tout en surpassant leurs fragilités individuelles, familiales ou sociales. Cette finalité, se joue tout particulièrement au sein d'un **espace relationnel de savoirs et de pouvoirs**. Dans celui-ci, les infirmières mobilisent différents savoirs pour interagir avec les jeunes et amenuiser les inégalités de pouvoir entre elles et les jeunes ou vécues socialement. La pratique infirmière implique également des **activités de connexion à l'autre**. Celles-ci regroupent une variété d'activités et d'actions qui permettent aux infirmières d'ancrer leur pratique dans les divers parcours de vie des jeunes. Enfin, **l'environnement** soit, l'espace physique, communautaire et social dans lequel se déploie la pratique infirmière, s'avère être en lui-même une composante de la pratique. Il permet de cultiver une relation de proximité entre les infirmières et les intervenantes qui y pratiquent ainsi qu'avec la communauté.

Les prochaines sections décriront plus en détail les quatre composantes de la pratique et leurs dimensions particulières. La dernière section mettra en lumière les liens entre ces différentes dimensions tout en identifiant des leviers d'une pratique infirmière féministe intersectionnelle pour adresser les sexualités des jeunes. Cette section conclura avec une modélisation de la pratique infirmière et pour répondre au but de ce projet de recherche.

### 5.1 Une finalité de dépassement

La pratique infirmière de première ligne auprès des jeunes en santé sexuelle déploie une finalité de dépassement. C'est-à-dire que cette pratique est un système qui se mobilise dans l'intention d'initier divers changements en lien avec les sexualités des jeunes de manière à ce qu'elles et ils puissent surpasser leurs vulnérabilités individuelles, familiales ou sociales.

Deux dimensions décrites dans les sous-sections suivantes semblent inhérentes à cette finalité de dépassement. Premièrement, cette finalité intègre une conception de la santé qui est globale. Deuxièmement, elle mobilise des visées d'émancipation des jeunes.

### 5.1.1 Les sexualités conçues dans leur globalité

La pratique infirmière auprès des jeunes dans le domaine des sexualités dégage une conception des sexualités qui lui est particulière soit : une santé conçue dans sa globalité. Cette conception s'avère être au cœur de sa finalité de dépassement puisqu'au travers elle, la pratique infirmière, reconnaît la pluralité des besoins qu'ont les jeunes tout en considérant les multiples dimensions de leurs sexualités. Cette conception offre également un regard sur les sexualités des jeunes qui explore en profondeur les enjeux vécus. Un regard nécessaire pour comprendre avec finesse la complexité de ce que les jeunes vivent et leur permettre de se dépasser.

#### a) La reconnaissance des besoins pluriels

Cette conception globale de la santé implique la reconnaissance des besoins pluriels des jeunes. La pratique infirmière se mobilise donc avec la conscience que les jeunes vivent une diversité d'enjeux qui peuvent impliquer de nombreux besoins et que, pour favoriser leur santé et leur dépassement, il s'agit d'adresser l'ensemble de ceux-ci. Les infirmières participantes m'ont ainsi décrit une pratique qui laisse place à l'émergence des multiples besoins des jeunes. Elles m'ont notamment raconté des rencontres où elles répondent aux besoins immédiats des jeunes tout en portant attention aux autres questions de santé qui peuvent se découvrir. Elles se retrouvent, de cette manière, souvent face à plusieurs questions de santé à la fois, parfois même très divergente les unes des autres. Il s'agit néanmoins pour les infirmières de répondre à toutes ces questions, pour adresser la santé des jeunes dans son ensemble :

Équipe jeunesse... c'est ça, c'est vraiment des suivis... On peut prendre plus de temps aussi. On va regarder plus aussi, la santé mentale. Quand je vois une patiente pour contraception... je me retrouve à faire un test de grossesse, à lui donner la contraception d'urgence, évaluer un peu l'état psychologique et mental. Donc c'est très large! Équipe jeunesse... c'est ça. C'est vraiment une vue d'ensemble de la patiente.

#### b) Les sexualités dans leurs multiples dimensions

La santé, conçue dans sa globalité, s'intègre également à une pratique qui tient compte des multiples dimensions qui configurent les sexualités des jeunes. Le discours des participantEs traduit des intentions pour la santé qui ne se restreignent pas seulement à la recherche du bien-être d'un seul aspect de santé des jeunes. Il dégage plutôt une pratique infirmière qui vise un bien-être général. Ainsi, outre la santé physique, les participantEs m'ont parlé d'une pratique infirmière qui porte attention au bien-être émotionnel et psychologique des jeunes tout comme

à leurs relations sociales et conditions de vie. Elle s'assure que ces différentes dimensions soient comblées et que les jeunes cheminent dans celles-ci. UnE participantE affirme explorer diverses dimensions de la vie des jeunes qu'elles rencontrent ceci, en considérant que ces dimensions font partie de ses suivis en santé sexuelle :

Il y a d'autres côté-là... surtout quand je les ai déjà vu et que je les connais un peu. (...) ils me racontent leurs histoires de relation. Et des bouts peut-être plus difficiles dans ça. Il y a des fois quand je ne les connais pas beaucoup et qu'ils ne savent pas comment ça se passe une rencontre infirmière – patiente. Il y en a qui vont me dire, « j'peux tu te parler d'autres chose ? ». Et là je dis « oui, je suis là pour ça. C'est ça mon travail aussi » [parle avec une voix douce]. Puis là, ils me racontent des situations : soit des peines d'amour; soit des difficultés avec leurs parents; des difficultés au niveau de leurs décisions pour leurs études; des problèmes à la job. Donc ça reste un milieu où les filles se sentent en sécurité pour parler de leur... de ce qu'elles vivent.

c) Une compréhension profonde des sexualités

Enfin, cette conception globale de la santé exprime l'intention de comprendre en profondeur la santé des jeunes. En effet, les participantEs m'ont parlé de la pratique infirmière en lui attribuant un regard sur les enjeux de santé et qui cherche à comprendre la complexité de ce qui est vécu. Les infirmières, plutôt que de s'arrêter aux problématiques de santé, vont explorer la cause de ceux-ci et porter un regard sur les autres enjeux qui leur sont liés. Elles vont, également de cette manière, chercher à prévenir des problématiques vécues pour agir en amont de celles-ci. Soulignant cette idée, une participante explique que, lorsqu'elle perçoit des comportements sexuels impliquant des risques pour les sexualités des jeunes, elle explore les causes sous-jacentes à ceux-ci et tente de les travailler, plutôt que de les aborder de front :

Est-ce que c'est...? Est-ce qu'elle est gênée? Puis si elle a besoin de travailler sur son estime d'elle-même pour être capable de dire à son chum « j'aimerais ça que tu portes un condom ». (...) Donc je vais aller voir là. Qu'est-ce qui empêche qu'elle ait des comportements sécuritaires?

UnE autre participantE soulève également que les infirmières vont « plus loin dans leurs suivis », soulignant l'idée qu'à travers leurs suivis en santé sexuelle les infirmières pour intervenir sur un enjeu, n'agissent pas sur une seule dimension de la santé sexuelle. Elles vont plutôt, développer des suivis qui tentent de remédier aux causes des enjeux rencontrés en portant un regard sur les sexualités qui va au-delà de la santé individuelle :

Est-ce qu'on fait simplement de la prévention d'ITSS puis on les laisse repartir? (...) On ne peut pas faire ça. Donc les infirmières à la clinique ont déjà une capacité même à faire du psychosocial. Elles ont développé beaucoup ça à [nom du Csc]. Elles vont beaucoup plus loin dans leurs suivis.

### 5.1.2 Des visées d'émancipation

Au travers sa finalité de dépassement, la pratique infirmière assimile également des intentions d'émancipation. Celles-ci se circonscrivent autour de deux idées principales soit, une pratique qui souhaite la capacitation des jeunes face à leurs sexualités et qui, leur permette de s'épanouir individuellement et socialement. Ces intentions d'émancipation se déploient par ailleurs, sur une base d'inclusivité.

#### a) Des visées d'autodétermination et de capacitation

Par ses intentions d'émancipation, il est tout d'abord entendu que la pratique infirmière non seulement vise la santé des jeunes dans sa globalité, elle favorise également l'autodétermination et la capacitation des jeunes face à leur histoire de santé. Autrement dit, la pratique infirmière incite les jeunes à décider d'elles et d'eux-mêmes des directions que prendront leurs parcours de santé favorisant ainsi leur autodétermination. Ceci, tout en encourageant les jeunes à développer de l'autonomie ainsi que du pouvoir sur leur santé et donc, leur capacitation.

Les infirmières participantEs m'ont raconté plusieurs situations qui illustrent une pratique infirmière qui vise une implication des jeunes dans leurs soins pour favoriser leur capacitation. Cette implication, tel que soulevé dans ce qui suit, permettrait aux jeunes de développer du pouvoir sur leur corps et leur santé :

Donc la femme est installée sur la table. (...) Et puis là, je lui demande d'ouvrir ses lèvres. (...) Et puis je mets le spéculum à l'entrée puis je lui demande, de l'insérer. Donc ça, c'est une façon de donner plus de pouvoir à la femme puis de croire en la femme parce que la femme dirige instantanément de façon innée le spéculum à la bonne place. (...) L'autre chose c'est la table, la façon qu'elle est installée, je ne laisse pas la table plate. Parce que je veux que la femme ait une position quand même assez verticale pour être dans une MEILLEURE<sup>19</sup> position. C'est pas une position de femme soumise mettons... je vais dire comme ça (...) mais je pense que tu comprends. (...) Qu'elle ait un petit peu plus de pouvoir.

---

<sup>19</sup> Les mots en MAJUSCULES dans les verbatims indiquent l'émphase mise sur certains mots par les participantEs.

Leur discours met par ailleurs en lumière une pratique infirmière qui suit le rythme des jeunes dans le déroulement de l'histoire de santé de manière à ce que celle-ci fasse sens à ces jeunes et respecte leur volonté :

Même si des fois la jeune fille veut pas faire d'autres démarches ou veut pas trop en parler, je me dis au moins peut-être que la première intervention qu'on a fait ensemble ça l'a rassuré un peu... (...) C'est elle qui fait le choix d'en reparler ou pas [voix douce, expression faciale non-jugeante].

Enfin, dans cette idée de capacitation, la pratique infirmière semble vouloir outiller les jeunes à prendre les meilleures décisions pour elles et eux-mêmes. Elle tente de favoriser une prise de conscience de ce qui est vécu ainsi que le développement de nouveaux savoirs face à leurs sexualités :

J'essaie de voir avec elles tout ce qu'elles pourraient faire. Ont-t-elles pensé à des solutions? Ont-t-elles un réseau pour en parler. (...) J'essaie de voir (...) « Qu'est-ce que toi t'as pu faire dans cette situation-là ? ». (...) « Moi je suis prête à t'aider. Je suis prête à t'écouter. Je suis prête à ce qu'on regarde des solutions ensemble. » « Je peux faire des recherches pour toi. Pour t'aider aussi. ». Mais je pars d'elles. Je pars toujours d'elle. De ce que ELLES veulent. Et des solutions qu'ELLES pensent.

#### b) Des visées d'épanouissement

Outre la volonté que les jeunes soient capables de prendre en charge leur santé, les résultats suggèrent une pratique infirmière animée par l'espoir de voir des jeunes fleurir au sein de leur société. Elle implique ainsi des intentions que les jeunes vivent leurs sexualités en s'épanouissant individuellement et socialement.

Dans cette idée, les infirmières participantEs m'ont décrit profiter des consultations en santé sexuelle pour inviter les jeunes à prendre conscience de leur situation individuelle et sociale. Ceci, pour qu'elles et ils puissent prendre des décisions qui leur assurent un avenir plus libre d'obstacles. Par exemple, une participantE m'a raconté aider les jeunes à prendre conscience de l'impact d'une plus longue scolarité sur leur vie :

« Mais toi, toi tu l'as fait pis ça veut dire que... ». LÀ! sont toutes contentes là. Parce qu'elles réalisent. Elles prennent conscience qu'elles vont être un modèle pour leurs enfants. À partir du moment où ELLES ont eu un diplôme. Que leurs parents (n')ont pas eu.

Similairement, on m'a également parlé d'une pratique infirmière qui aide les jeunes à surmonter diverses situations de vulnérabilité vécues afin qu'elles et ils puissent s'accomplir plus

facilement dans la vie. On m'a ainsi expliqué que même si les principaux enjeux rencontrés au sein de leur pratique portent sur les sexualités, les infirmières adressent les autres besoins des jeunes de manière ce que leur pratique puisse participer à combler les manques matériels et affectifs des jeunes, favoriser l'accessibilité aux soins et les soutenir dans leur cheminement scolaire :

Notre EXERCICE en tant qu'infirmière PERMET d'offrir ce service-là. Chez des populations qui sont touchées par des inégalités sociales de santé (...) les infirmières vont participer à ça aussi là. Donc ça peut être autant d'essayer de trouver des moyens pour qu'ils aient des accès à de la nourriture, à des vêtements. AU DELÀ des activités réservées de l'infirmière.

c) Des intentions d'émancipations partant d'une posture inclusive

Enfin, il est à mentionner que ces intentions d'émancipation se déploient sur une base d'inclusivité. Ces intentions s'adressent à l'ensemble des jeunes, qui, peu importe leur construction identitaire, leur situation de vie et histoire de santé, ont la possibilité grâce à la pratique infirmière de s'épanouir individuellement et socialement tout comme de développer de l'autodétermination et de la capacitation face à leur santé.

Il semble ainsi que ces visées d'émancipation, au sein de la finalité de dépassement de la pratique infirmière en santé sexuelle, soient tout particulièrement sensibles aux jeunes vivant diverses situations de vulnérabilités liées aux inégalités sociales. Tel qu'il est mentionné plus haut, la pratique infirmière témoigne d'une sensibilité particulière aux jeunes vivant des précarités économiques ou sociales. Une participantE explique notamment porter une attention à la manière dont elle adresse les sexualités des jeunes s'identifiant de la communauté LGBTQ+ : « Tu ne peux pas aborder la sexualité de la même façon avec quelqu'un qui a une orientation (sexuelle) différente »

Enfin, la pratique infirmière semble également être un espace pour remettre en question les stéréotypes de beauté ou encourager les jeunes filles à surpasser les situations d'inégalités vécues dans leurs relations amoureuses ou socialement :

J'essaye de mettre ça dans ma pratique parce je sais que c'est un enjeu important chez les jeunes (...) l'image corporelle! (...) la grosseur.... les seins... toutes, toutes, toutes, toutes, toutes... écoute j'ai des filles qui vont se faire faire des chirurgies-là. Dans les fesses partout là, je te le dis. (...) J'essaye plutôt de travailler en prévention (...) Choisir mon langage puis féliciter.... Féliciter autre chose que... complimenter autre chose que le corps...

En résumé, la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes qui s'active vers une finalité de dépassement. Celle-ci intègre une conception globale des sexualités qui permet

une pratique qui incite les jeunes peu importe leur situation sociale, de s'émanciper individuellement et socialement des diverses situations d'inégalités vécues :

J'aime beaucoup cette clientèle-là qui est changeante actuellement, mais qui est défavorisée, sous-scolarisée bien souvent. C'est une clientèle qui me .... Qui vient me chercher.... [regarde la caméra en souriant]. Ouais, ça vient me chercher dans mes émotions de voir [regarde vers le haut, est visiblement émotive] (...) De voir à quel point y'ont pas ce qu'il faut. Malgré tout ça, on arrive à les accompagner dans leurs désirs d'aller à l'école. Tu sais, des fois un diplôme d'étude secondaire, un DEP (...) Tu sais changer, changer de, de vie!

## **5.2 Un espace relationnel de pouvoirs et de savoirs**

La pratique infirmière se structure au sein d'un espace relationnel qui implique des acteurs qui interagissent en mobilisant différentes entités, elles-mêmes liées les unes aux autres. Plus concrètement, les infirmières et les jeunes entrent en relation au sein d'interactions qui impliquent des rapports de pouvoir et différents savoirs. Conscientes, dans la mesure de possible, de ceux-ci, les infirmières jouent avec ceux-ci pour que leur pratique, poursuive une finalité de dépassement.

Dans ce qui suit, la première sous-section décrira ces rapports de pouvoir entre les infirmières et les jeunes. La suivante, élaborera les divers savoirs mobilisés par les infirmières au sein de l'espace relationnel.

### **5.2.1 Un rapport à l'autre marqué de pouvoirs inégaux**

Parmi les entités qui gravitent au sein de l'espace relationnel de la pratique infirmière, les rapports existants entre les infirmières et les jeunes inspirent tout spécialement la manière dont les autres entités se mobilisent. Ces rapports se réfèrent plus particulièrement à la rencontre des identités et des positions exercées par les différents acteurs au sein de la pratique. L'infirmière prend une place dans l'espace de soin qui, dans les situations de pratique avec les jeunes, se confronte à la place prise par la jeune, formant ainsi un rapport à l'autre.

L'analyse des rapports racontés par les infirmières, entre elles et les jeunes, révèle un potentiel d'inégalités de pouvoirs. Selon elles, la rencontre des identités « infirmières » et « jeunes » met en lumière des positions différentes au sein de la pratique, ce qui nourrit un rapport de pouvoir. L'infirmière, de par son statut professionnel et social, son accès à certains savoirs, son expérience personnelle et professionnelle, ainsi que son âge, est perçue ou conçue en position de supériorité face aux jeunes. Ces dernier-ère-s, moins âgéEs, étudiantEs ou jeunes

professionnelLES, détenant moins de savoirs cliniques, partent d'une position plus vulnérable face aux infirmières dans l'expérience du soin vécue.

Par ailleurs les discours des participantEs soulèvent une tension dans les rapports qu'ont les infirmières avec les jeunes. En effet, considérant l'existence d'inégalités de pouvoir, ces rapports généreraient de possibles résistances à la finalité de dépassement décrite plus haut. Ainsi, en partie conscientes de ces résistances, les infirmières tentent de transformer leurs rapports avec les jeunes pour qu'elles et ils ressentent de manière moins marquée la hiérarchie avec l'infirmière et se sentent plus confortables dans l'espace relationnel. Une participante explique comment elle s'adresse aux jeunes « Déjà employer le même vocabulaire qu'eux, ça aide beaucoup (...) parce que je pense qu'elles sentent moins la différence d'âge que j'ai avec elles... ».

Il a été également souligné que ces rapports, ayant un potentiel évolutif, sont travaillés dans le temps au fil d'une ou de plusieurs rencontres « Quand on commence très tôt avec elles (...) et qu'on devient leur confidente. [regarde la caméra en appuyant ses mots] (...) C'est un lien qui est... qui ne se brise pas. ».

### **5.2.2 Des savoirs mobilisés pour transformer les rapports entre l'infirmière et les jeunes**

Afin d'amenuiser des rapports de pouvoir potentiellement contreproductifs à la finalité de leur pratique, les infirmières exercent, au sein de l'espace relationnel différents modes de savoirs, selon les situations rencontrées. Ceux-ci, décrits dans les sous-sections suivantes, sont parfois mobilisés isolément et parfois simultanément, pour moduler les rapports existants et poursuivre la finalité de dépassement.

#### **a) Un mode de savoir émancipatoire**

La pratique infirmière auprès des jeunes en santé sexuelle intègre des modes de savoirs émancipatoires. Ceux-ci se manifestent tout d'abord par une conscience marquée qu'ont les infirmières de leur relation aux jeunes. Ainsi, les infirmières participantes reconnaissent la centralité de leur lien avec les jeunes et l'importance d'y accorder leur intérêt pour cultiver, maintenir un espace relationnel, comme en témoigne ce verbatim :

Je suis très proche des gens. Je suis très proche des gens (...) Je pense que les jeunes, dès que les jeunes s'attachent, je sais que je vais pouvoir les revoir et travailler sur d'autres situations avec elles. (...) Le lien c'est ça.... le lien c'est fort.

Elles savent également qu'en travaillant pour diminuer les rapports hiérarchiques perçus et réels, entre elles et les jeunes, elles auront accès à d'autres aspects de l'histoire de santé des

jeunes. Une infirmière, qui se définit féministe, raconte comment elle relie des expériences de sa vie personnelle aux situations de soins pour tenter d'égaliser les rapports de pouvoirs potentiels entre elle et les jeunes :

C'est sûr que moi je suis une féministe. (...) Tu vois l'approche féministe je l'utilise beaucoup. Je vais parler de mon fils, sans aller dans les détails de la vie de mon fils! Mais tu sais il y a des situations où je peux utiliser ce que je suis comme personne pour rendre la relation patiente-infirmière plus égalitaire. (...) Pour avoir plus d'impact dans mes propos.

Ces modes de savoir émancipatoire se manifestent également lorsque les infirmières réfèrent des jeunes vers des ressources de leur environnement. Non seulement elles connaissent ces ressources mais savent comment elles fonctionnent et de quelle manière les utiliser pour répondre aux besoins des jeunes. Ceci, toujours en respectant les volontés de ces dernier-ère-s et en s'adaptant au pouvoir qu'elles et ils ont sur les situations vécues. Par exemple, en me racontant une situation auprès d'une jeune victime d'agression sexuelle, une infirmière participantE, ne faisait pas que nommer des organismes disponibles dans la ville; elle décrivait comment les utiliser et savait qu'il serait probablement judicieux d'être avec la jeune pour l'accompagner :

Je lui ai donné des références, exemple le centre pour les agressions sexuelles de [ville]. Je lui ai expliqué qu'elle avait cinq jours pour aller à l'hôpital afin de compléter la trousse médico-légale, si jamais elle voulait, exemple, porter plainte à la police; et pourquoi la trousse médico-légale, des fois, elle est importante si elle veut porter plainte à la police. Je lui ai même offert de faire les démarches avec elle. D'appeler ce numéro de téléphone là. Parce qu'ils expliquent très très bien les gens qui sont (sur) cette ligne-là.

De plus, ce mode de savoir implique que les infirmières ont et développent une connaissance située des jeunes qu'elles côtoient. De manière générale, celle-ci s'affine avec le temps, puisqu'au fil des rencontres, les infirmières ayant de plus en plus accès aux réalités des jeunes peuvent comprendre en profondeur ce qui construit leurs sexualités. Avec leur expérience professionnelle, les infirmières développent également leur bagage de connaissances situées des jeunes; un bagage qu'elles mobilisent dès leurs premiers contacts. Cela leur permet de mieux saisir l'histoire des jeunes, d'où elles et ils partent, les conditions sociales dans lesquelles ils/elles grandissent et les formes de vulnérabilités que les jeunes sont susceptibles de vivre – tout ceci pour tenter de construire un espace relationnel qui amoindrit le potentiel d'expérience d'exclusion. Notamment, une infirmière raconte porter attention à la manière dont elle s'adresse

aux femmes lesbiennes. En se basant sur des connaissances qu'elle a de leurs réalités pour éviter des vecteurs d'exclusion dans son approche, l'infirmière fait ainsi appel au mode de savoir émancipatoire :

Alors c'est sûr que si t'es lesbienne et tu viens me voir pour la première fois... tu me demandes des dépistages d'ITSS, eh bien, je vais répondre à ÇA. Mais dans mon questionnaire c'est sûr que je demande « est-ce que tes partenaires ce sont les hommes les femmes, les deux? » (...) et là j'ai ma réponse. Mais d'emblée, c'est pas parce que c'est une femme que je pense nécessairement qu'elle est hétéro. (...) Parce que si je veux continuer avec ces gens-là, comme je te disais la dernière fois, je dois créer le lien (...) puis si cette fille-là pense que j'ai des jugements [signe de négation de la tête] (...) Je (ne) pense pas qu'elle va revenir me voir [sourire] (...) Déjà que c'est pas l'fun d'aller dans une institution parce que tu... je pense que tu peux appréhender facilement de te sentir... de te faire juger parce que tu sais que t'es en minorité.

Enfin, les infirmières remettent en question les inégalités de pouvoirs présents à l'échelle sociale et qui fragilisent les sexualités des jeunes qu'elles accompagnent. Une participante s'est exprimée de manière particulièrement critique face à des enjeux sociaux. Consciente que des stéréotypes genrés fragilisent les jeunes, elle se positionne dans ses relations avec les jeunes et autres professionnelLEs du milieu pour dénoncer ces dynamiques, les remettre en question :

P<sup>20</sup> : c'est sûre que je suis très critique par rapport à PLEIN d'affaires : des PUBLICITÉS que je vois à la télévision ou des publicités que je vois dans les magazines ou tout ce qui est STÉRÉOTYPÉ qui met la femme dans une position de soumission je... [s'interrompt] j'me lève. J'me lève puis je dénonce [s'interrompt] C'est ça. Donc j'ai une ANALYSE FÉMINISTE constamment.

EC : Pas juste dans ta pratique. Dans ta vie aussi c'est ça?

P : Ouais, pas juste dans ma pratique. Dans ma vie.

EC : mais dans ta pratique aussi ?

P : mais définitivement! (...) Définitivement! [regarde la caméra avec assurance] Parce que c'est LÀ où je me dis que je peux avoir le plus d'impact parce que je rencontre beaucoup de gens [fait un geste désignant beaucoup de gens] (...) Alors mon impact peut être plus grand s'il y a LIEU.

---

<sup>20</sup> Le « P » désigne unE participantE.

b) Différentes dimensions du savoir-être

Le savoir-être est au cœur de l'espace relationnel au sein de la pratique infirmière en santé sexuelle. Il implique différentes dimensions qui sont, en bonne partie, consciemment maîtrisées par l'infirmière. Dans ses interactions avec les jeunes, l'infirmière porte attention à son langage, à son attitude, au rythme d'interaction, à ses intonations et à son agir non-verbal. Il s'agit pour elle de moduler ces dimensions pour transmettre de l'information plus difficilement explicitable oralement, pour éviter de discriminer et pour renforcer la relation avec les jeunes. Il s'agit également de s'assurer que l'information qu'elle souhaite transmettre soit comprise, et accueillie.

**Le langage.** Le langage est une dimension du savoir-être qui a été maintes fois abordé par les infirmières participantEs. Elles emploient un vocabulaire ou des formulations qu'elles adaptent en fonction des jeunes rencontrées; et qui est assez explicite pour assurer l'intercompréhension visée :

Parce qu'un pénis c'est un pénis. J'emploie des MOTS qui s'adaptent aux jeunes ... Je ne vais pas tout le temps par quatre chemins là. Des fois une petite pipe c'est une petite pipe (...) dépendamment à qui je parle là.

Les infirmières utilisent parfois des termes plus simples, parfois plus complexes ou même parfois plus crus. Elles tentent d'éviter l'usage de termes infantilisants ou certains mots qui pourraient discriminer la personne. Le choix du langage semble également déterminé en fonction du niveau de connaissances des jeunes, de leur milieu socioéconomique, de leur identité sexuelle et de leur scolarisation :

Ça dépend de son ouverture, de ce que je ressens (...) mon *feeling* à moi là... c'est sûr qu'une jeune de 23-24 ans qui, je sais pas (est) ingénieure, je (n') emploierai pas le même vocabulaire!

**L'attitude.** L'attitude fait également partie du savoir-être des infirmières en santé sexuelle. Les situations racontées reflètent des attitudes plurielles qui changent selon les jeunes ou ce qui est présenté. Les infirmières se montrent amicales, sérieuses, joviales ou compatissantes. Un IP raconte aimer utiliser l'humour auprès des garçons lorsqu'elle perçoit chez eux des attitudes sexistes :

EC : Qu'est-ce que tu fais dans ce temps-là?

P : J'utilise beaucoup l'humour! J'utilise beaucoup l'humour avec les gars parce que c'est un véhicule qui va très bien avec les gars. Donc je leur fais prendre conscience de ce qu'ils viennent de me dire là. « T'es-tu vraiment sérieux quand

tu me dis ça ? » [Expression faciale d'étonnement]. Puis là, c'est ça, j'élabore un petit peu pour voir comment je pourrais un petit peu transformer cette façon-là d'être avec les femmes.

Au travers leurs attitudes, les infirmières participantEs insistent sur l'importance de dégager en tout temps du non-jugement, de l'ouverture et du respect envers les jeunes. Leur discours suggère une disponibilité émotionnelle pour accueillir ce qui est vécu :

EC : C'est quoi tes trucs pour intervenir auprès des jeunes?

P : C'est sûr que c'est (de ne) pas être trop rigide là... De pas juger (...) Je veux pas qu'elle pense que je la JUGE (...) Je veux dire, je suis pas une infirmière qui fait de la morale.

**Un rythme d'interaction.** Certaines situations racontées par les infirmières participantes illustrent un rythme d'interaction entre les infirmières et les jeunes en partie dirigé les infirmières. En modifiant la fréquence et le nombre d'interactions lors d'une rencontre, l'infirmière peut construire un espace relationnel qui soit propice pour parler de sexualité. Une infirmière participante explique que lors de certaines rencontres avec des jeunes elle parle beaucoup alors que dans d'autres, lorsque le climat de confiance est plus difficile à installer, elle se met parfois volontairement en retrait pour laisser davantage les jeunes parler :

EC : est-ce qu'il y a des choses qui facilitent tes interventions?

P : Essayer de l'écouter... d'ÉCOUTER ce qu'elle a à dire. Honnêtement, peut-être que dans ce temps-là j'interviens moins (...) mettons que je vais parler MOINS, je vais moins intervenir dans ce que la patiente me dit (...) Je vais peut-être... MOINS intervenir.

**Les intonations.** L'emploi d'intonations diverses semble être une autre dimension du savoir-être des infirmières puisqu'en me racontant leurs échanges avec les jeunes, elles adoptaient des intonations particulières. Parfois, elles parlaient avec une voix douce alors qu'en me racontant certaines interventions, elle utilisait un ton strict ou de mécontentement. Une infirmière participante, confirme d'ailleurs jouer volontairement avec ses intonations lorsqu'elle souhaite insister sur une situation et faire prendre conscience aux jeunes de son importance « Ça c'est un autre truc, c'est M'EXCLAMER! « AH, NON T'ES PAS SÉRIEUSE! » [s'exclame avec une voix joviale] (...) (s') EXCLAMER pour mettre de l'emphase sur une situation. ». Il semble ainsi, que l'utilisation d'intonations soit une manière plus douce qui permette aux infirmières de

communiquer aux jeunes ce qu'elles pensent de certaines situations liées à leurs sexualités sans les brusquer, toujours dans l'idée de maintenir une relation de confiance.

**Le non verbal.** Enfin, le non-verbal est une dernière dimension du savoir-être des infirmières qui abordent les sexualités des jeunes dans leur pratique. Les postures et expressions faciales que des participantes me communiquaient lorsqu'elles mimaient leurs échanges avec les jeunes, ainsi qu'un commentaire d'une participante en lien avec le port du masque, laissent comprendre que le non verbal est employé par les infirmières. Il semble qu'il le soit plus particulièrement pour communiquer leur ouverture et leurs émotions aux jeunes lorsqu'il est question de se présenter et d'installer un climat de confiance dans l'espace relationnel ou de communiquer leurs inquiétudes face à des comportements sexuels plus à risque :

Je me présente puis j'enlève mon masque (...) Pour qu'elle me voit comme il faut parce que même la patiente dans son bureau à un moment donné, je lui ai demandé d'enlever son masque pour que je vois son sourire (...) juste comme deux-trois secondes.

c) Le mode de savoir expérientiel

De manière générale, les infirmières accordent une grande importance au mode de savoir expérientiel au sein de l'espace relationnel de leur pratique en santé sexuelle. Elles évoquent leur « expérience de vie » dans des situations rencontrées, autant professionnelle que personnelle. Ce mode de savoir soutient leurs interventions et leur donne de la confiance pour agir. Il guide en partie leur savoir-être et l'évolution de leurs rencontres avec les jeunes.

En effet, les infirmières puisent au sein de leurs expériences professionnelles antérieures pour s'introduire et affiner leur compréhension des situations rencontrées. Grâce à ce qu'elles ont déjà vu et expérimenté, les infirmières participantEs m'ont raconté ce qu'elles doivent faire pour comprendre davantage ce que les jeunes vivent en lien avec leurs sexualités. Par exemple, elles savent qu'elles doivent questionner et écouter pour arriver à saisir ce qui est vécu et pour détecter plus rapidement des enjeux sur lesquels elles ont le souci d'intervenir; comme des situations d'agression sexuelles :

Il faut que je questionne pour faire sortir ce qu'elle veut vraiment là dans notre entretien...Pourquoi elle vient me voir? Parce qu'il y en a qui COMMENCENT avec un sujet; mais DANS LE FOND, je m'aperçois qu'elles ont en tête AUTRE CHOSE, comme les agressions sexuelles. Ça se passe souvent comme ça, elles parlent ... elles viennent pour une ITSS ou la contraception ou un autre sujet. (Et) dans le fond, ce n'était pas pour ça qu'elle venait. Elle venait pour me dire qu'elle avait

été agressée sexuellement, et elle ne savait pas comment me le dire [s'exprime avec une voix douce].

Similairement, ce mode de savoir est au cœur de leur raisonnement et de leurs évaluations cliniques. Les infirmières participantEs m'ont raconté se référer à leur bagage d'expérience clinique pour poser un constat clinique et réfléchir les interventions conséquentes à celui-ci, notamment lorsqu'il est question d'intervenir dans une situation plus difficile, comme une situation de violence conjugale ou d'agression sexuelle. À cet égard, les infirmières savent que les jeunes ont tendance à ne pas parler de certains sujets d'emblée; ou reconnaissent certaines réactions. Par exemple unE infirmière participantE me parlait de réactions chez des jeunes victimes d'agression sexuelle qu'elle a appris à reconnaître au fil de sa pratique « C'est souvent ce qu'ils disent les gens qui se font agresser... [hoche de la tête] les jeunes filles qui se font agresser sexuellement ». Au final, ce mode de savoir expérientiel, a aidé cette infirmière à mieux saisir la situation vécue par la jeune pour ensuite pouvoir intervenir en restant encore plus centré sur les besoins de cette jeune.

d) Le mode de savoir empirique : un point d'ancrage.

Enfin, le mode de savoir empirique représente un ancrage pour les infirmières qui œuvrent en santé sexuelle auprès des jeunes. En effet, les participantEs ont souligné l'exercice d'un « rôle élargi » au sein de la pratique infirmière qui a la possibilité de répondre à une pluralité d'enjeux vécus par les jeunes en lien avec leurs sexualités. Or, ce rôle engage un mode de savoir empirique en continu qui résulte de l'acquisition de connaissances cliniques variées :

Mais, les ordonnances collectives, c'est des... des GRANDES responsabilités. Il faut que tu ailles lire souvent! (...) Tu sais ce n'est pas pareil une infirmière qui fait tout le temps les ITSS ou la contraception, l'avortement, la grossesse, les tests de grossesse [mouvement de tête en énumérant]. Nous autre, il faut qu'on aille encore plus de CONNAISSANCES!

Tel qu'il vient d'être mentionné, ce « rôle élargi » impliquerait par ailleurs de grandes responsabilités professionnelles. Il oblige les infirmières, notamment dans l'application des d'ordonnances collectives à leur disposition, à acquérir diverses connaissances cliniques, à interpréter des textes scientifiques et à se tenir à jour cliniquement pour baser leur pratique sur des résultats probants.

À ce sujet, le discours d'unE infirmière participantE suggère que ces responsabilités professionnelles viennent avec une certaine charge émotionnelle supplémentaire puisque celles-ci impliquent également un plus grand risque de faire des erreurs :

P : plus que t'as d'ordonnance collective. Plus que t'as de responsabilité (...) Je suis pas médecin non plus. J'ai pas eu toute la formation des médecins non plus [signe de négation de la tête] (..) on est à risque quand même. On a pas toute la formation médicale.

EC : Qu'est-ce que tu as dit, on est à risque...?

P : Je veux dire, nous on est... nous je trouve qu'on est PLUS à risque de faire des erreurs...

En outre, pour assumer avec professionnalisme leurs responsabilités cliniques, le discours des participantEs met en lumière que les infirmières ont à cœur la maîtrise des connaissances cliniques nécessaires au déploiement des meilleures pratiques auprès des jeunes :

Moi... avant de faire un acte je veux m'assurer d'être correcte. (...) Je vais lire mon ordonnance plusieurs fois. (...) Je suis tout le temps dans ce cartable-là. [se retourne vers un cartable contenant la documentation des ordonnances collectives]

Le mode de savoir empirique s'avère ainsi être un ancrage pour les infirmières qui, plus outillées pour intervenir, se sentent davantage en confiance dans leur pratique auprès des jeunes. De plus, grâce à ce mode de savoir, les infirmières ont la possibilité d'adresser les sexualités des jeunes dans leur globalité et de bénéficier d'une plus grande autonomie professionnelle :

Parce que j'ai un rôle élargi. Ça fait depuis toujours... j'ai toujours eu un rôle élargi, depuis que je suis là. Donc ça donne beaucoup d'autonomie professionnelle. Et ça change tout là...ça change tout! De ne pas être toujours obligée de toujours demander à un médecin de me prescrire quelque chose pour une jeune qui a des symptômes, pour moi ça facilite ma tâche.

Au final, l'espace relationnel est une composante centrale de la pratique infirmière en santé sexuelle. Elle implique la présence de divers savoirs qui sont manœuvrés par les infirmières pour amenuiser les rapports de pouvoirs présents elles et les jeunes et pour que la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes puisse tendre vers une finalité de dépassement.

### **5.3 Des activités de connexion**

La pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes déploie des activités qui sont nombreuses et diversifiées. Les participantEs ont fait référence à des activités d'enseignement, généralement dans l'optique d'une conception globale des sexualités. Elles ont également décrit diverses activités relationnelles travaillant l'affect et les relations sociales des jeunes, ainsi que des activités techniques liées à l'évaluation ou au traitement des jeunes. Autrement, elles s'adonnent à plusieurs activités de formation continue ou des activités qui visent à préparer leurs

rencontres avec les jeunes et à favoriser la continuité des soins. Bien que la nature de ces activités varie, la majorité ayant trait au domaine des sexualités semble être constituée d'activités infirmières qui, pour la plupart, activent des amarres pour rester connectée aux jeunes. Il s'agit d'activités réalisées pour connaître l'autre, pour demeurer centrés sur l'autre et pour prendre racine dans la vie des jeunes.

### **5.3.1 Des activités pour connaître l'autre**

Les infirmières s'engagent dans des activités qui leur permettent de développer une fine connaissance de l'autre : il s'agit essentiellement d'activités d'évaluation et d'activités relationnelles.

Au travers des activités d'évaluation, par exemple, elles portent un regard sur une variété d'enjeux tels que le parcours de santé des jeunes, leurs relations familiales, leur milieu de vie, leur cheminement scolaire, leur estime de soi, leurs comportements sexuels. L'exploration, s'appuyant sur une conception globale de la santé, les amène à comprendre en profondeur ce qui est vécu.

Des activités relationnelles, par ailleurs, permettent aux infirmières de mieux connaître les jeunes. Les infirmières participantEs m'ont raconté rassurer, soutenir, écouter les jeunes pour qu'elles et ils se sentent à l'aise dans l'espace de soin et pour tisser avec ces jeunes un lien de confiance. Par exemple, une IP a raconté démontrer ouverture aux jeunes qu'elle rencontre dans le but qu'elles et ils se sentent en confiance et reviennent la voir :

Je veux comme pas dire « bon bien là si tu viens pas à ton prochain rendez-vous je (ne) te vois plus. » [signe de négation de la tête, exprime « je ne te vois plus » de manière précipité]. Je (ne) veux pas fermer LA PORTE [expression convaincue]. Et je veux qu'elle SENTE que je suis toujours là.

Au bout du compte, leur discours exprime que, grâce à ces activités, les infirmières tentent de traverser les barrières émotionnelles, sociales et culturelles des jeunes pour se frayer un chemin jusqu'à leurs réalités.

### **5.3.2 Des activités centrées sur l'autre**

Les infirmières prodiguent des activités pour rester centrés sur les jeunes. Ainsi, même si ces dernier-ère-s consultent pour des raisons similaires, les infirmières ne prodigueront pas d'emblée les mêmes activités. De manière générale, elles initieront leur action en fonction de la raison initiale de consultation des jeunes. Néanmoins, la suite de leur intervention sera déterminée en fonction des réactions des jeunes, de leur évaluation clinique et de leur

connaissance préalable des jeunes, le cas échéant tel que le témoigne une situation vécue par unE IP :

Admettons qu'il me dise : « bien là j'ai, j'ai 20 minutes là. ». Je ne vais pas faire 50 000 formulaires [lève les mains en faisant le geste de beaucoup]. Tu comprends ? (...) Pour ne pas l'écoeurer, je vais aller au plus pressant. Je vais dire « ok t'as 15 minutes là, qu'est-ce qui presse le plus? C'est ça, bon bien on fait ça. ». Puis après on se redonne un rendez-vous. Puis on va faire le reste.

Par ailleurs, les IP insistent sur l'importance de tenir compte de la volonté des jeunes dans le choix, ou la priorisation, de leurs activités. Par exemple, une IP me partage une situation dans laquelle des démarches étaient faites en collaboration avec une T.S, tout en insistant sur le fait que celles-ci sont établies également avec la jeune :

Je voyais qu'elle était pas mal toute seule dans toutes ses démarches. Donc j'ai discuté avec la travailleuse sociale. Elle [en parlant de la jeune] était d'accord (...) c'est ça qu'on est en train d'établir ensemble-là [hoche de la tête]. Avec elle [en parlant de la travailleuse sociale] et avec la jeune!

Les IP ont également raconté des situations où elles effectuaient certaines activités demandées par les jeunes; ou à l'inverse, des situations où elles omettaient de faire certaines activités qui auraient pu être pertinentes à la situation clinique, à cause de refus ou de malaises des jeunes :

Ça PEUT arriver, que la patiente même avant que je fasse l'examen (gynécologique). Si elle me dit qu'elle a des ODEURS [en parlant d'une vaginose bactérienne] (...) mais qu'elle me dit qu'elle (ne) veut pas traiter pour ça. Je (ne) la traite pas (...) On traite PAS si ça la dérange pas là... en particulier [hoche légèrement de la tête appuyant ce qui est dit].

### **5.3.3 Des activités d'enracinement**

Enfin, les activités des infirmières sont déployées pour tenter de prendre racine dans le parcours de vie des jeunes. Le discours des participantEs met en lumière des activités qui encouragent les jeunes à revenir les voir et qui favorisent des suivis qui s'étalent dans le temps. Il reflète également un jeu au niveau des activités effectuées lors des suivis. Ainsi, selon les réalités sociales des jeunes et, selon leur histoire de santé, par moments, les infirmières déploient des activités qui leur permettent d'aborder l'ensemble des enjeux vécus par les jeunes lors d'une même rencontre; alors que parfois, elles reportent volontairement certaines activités à des rencontres ultérieures :

Je trouve ça plus FACILE quand tu sais que tu vas le revoir dans deux semaines ou à chaque semaine. Des fois, certaines interventions, tu te dis « bon, je vais reporter ça...à la semaine prochaine, à dans deux semaines. Celle-là, non, on va le faire aujourd'hui. ». Dépendamment de l'urgence ou dépendamment de ses besoins à lui. Tandis que d'autres, surtout quand ça concerne les jeunes qui ont une ITSS et tout ça, tu (ne) sais pas quand est-ce qu'ils vont revenir. Donc des fois j'essaie de TOUT faire. Au cas où ils (ne) reviennent pas.

Enfin, lorsque nécessaire, les infirmières vont tenter d'assurer la continuité des soins à l'extérieur de leur rencontre avec les jeunes en référant à d'autres professionnelLEs, telLEs que des médecins, T.S, psychologue ou nutritionniste, ou à des organismes communautaires. Elles tentent donc d'inscrire leurs interventions dans la vie des jeunes, en assurant que leurs suivis, soit relayés à différentes ressources « Là on n'a pas de psychologue [en parlant du milieu]. J'ai essayé vraiment de faire des démarches auprès d'une autre psychologue qui est dans une autre équipe ».

Ainsi, ces activités de connexion, permettent aux infirmières de connaître avec finesse les jeunes qu'elles rencontrent et de déployer une pratique qui reste centrée sur leurs multiples réalités, ceci tout en prenant racine dans leurs divers parcours vie.

#### **5.4 Un environnement non-hiérarchique**

La pratique infirmière auprès des jeunes dans le domaine des sexualités s'active au sein d'un environnement particulier qui configure cette pratique.

L'environnement de la pratique infirmière réfère plus particulièrement au milieu institutionnel et clinique dans lequel se met en action la pratique infirmière. Toutefois, il s'étend également à la communauté dans laquelle ce milieu de soins est installé, voire plus largement à l'ensemble de la société québécoise. Ces deux « strates » de l'environnement, en constante interaction, sont indissociables les unes des autres et sont constitutives de la pratique infirmière :

Ça s'est monté jusqu'à 90 % dans les années 50-60 de populations en grande difficulté. Et bien nous avons maintenant une population en grande difficulté d'à peu près la moitié et l'autre moitié qui sont des gens de classes moyennes- classes supérieures.... Où il y a aussi des besoins! Mais qui sont très différents. Donc, on a à s'adapter à cette clientèle là, tout en étant encore le plus proactif possible pour la clientèle qui est plus déshéritée qui a quand même de grandes difficultés. Même (qu') on voit très bien maintenant entre ces deux populations là l'ÉCART qui s'est creusé.

Ce qui particularise l'environnement ici est la qualité non-hiérarchique du milieu de soins, à la fois pour les infirmières qui y travaillent et avec la communauté environnante. Cette qualité

non-hiérarchique implique un rapport générateur d'autonomie avec les infirmières et une alliance avec la communauté. Les prochaines sous-sections décriront ce rapport que le milieu de soins entretient pour les infirmières et celui qu'il développe avec sa communauté.

#### **5.4.1 Un rapport générateur d'autonomie infirmière**

L'environnement clinique dans lequel évolue la pratique infirmière auprès des jeunes dans le domaine des sexualités comprend des relations qui génèrent l'autonomie infirmières soit le fait que les infirmières puissent être capable d'elle-même répondre à une multitude de situations rencontrées au sein de leur pratique. Deux principales caractéristiques de l'environnement illustrent plus particulièrement cette idée soit : (1) la présence d'acteurs clés accessibles, ainsi que (2) la présence d'espaces qui encouragent les infirmières à devenir actrice de leur pratique.

##### a) Des acteurs clés accessibles

L'environnement clinique de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes est composé d'acteurs qui œuvrent dans différents services et qui participent, selon leur rôle, fonction et expertise, à la santé de la population. Ces acteurs clés incluent des médecins, des T.S, des psychologues, des organisateur-trice-s communautaires, des personnes exerçant différents postes de gestion, des agentes de communication, des archivistes, et d'autres infirmières techniciennes ou cliniciennes. De plus, ils gravitent à proximité des infirmières et leur expertise est accessible, au besoin. Les infirmières participantEs m'ont raconté des situations où elles sollicitaient, lorsque nécessaire et avec facilité, l'opinion professionnel de travailleuses sociales, de médecin ou de leurs collègues infirmières :

J'étais comme pas sûre... je l'avais vu auparavant (...) Dans le doute je suis allée en discuter avec le médecin. ELLE est venue voir mon patient.... Ça s'est réglé. (...) Je revois le patient dans trois semaines, je m'arrange pour le voir une journée que cette médecin-là est au travail et s'il y a quelque chose qui ne fonctionne pas, elle va revenir voir le patient. (...) Même si ce n'est pas son patient à elle. Donc ça je trouve que c'est un gros avantage, POUR MOI et pour le patient.

S'ajoute à cela une certaine fluidité dans le partage des suivis entre les professionnelLES de la clinique. Les infirmières semblent pouvoir référer avec agilité et rapidité les jeunes vers d'autres professionnelLES et peuvent même offrir aux jeunes l'option de rencontrer plusieurs intervenantEs à la fois lors d'un même rendez-vous :

Là je lui demande, tout de suite « Est-ce que, si l'intervenant social était libre par exemple, est-ce que tu serais d'accord que je l'invite à venir dans la consultation avec nous? ». Si elle dit « oui », j'appelle, puis là je trouve quelqu'un!

Outre l'intervention clinique directe, des acteurs clés sont accessibles dans le cadre de réunions, de rencontres cliniques ou de formations. Une GP souligne la collaboration remarquable des médecins avec les infirmières et leur implication dans les formations pour les infirmières :

J'ai sollicité nos médecins (...) qui ont une pratique qui est plus fréquente au niveau des ITSS. Et on a une très bonne collaboration avec nos médecins. On est bien chanceux (...) là-dessus. (...) Nos médecins sont souvent volontaires à venir donner des formations qui sont aussi ADAPTÉES à la pratique infirmière

b) Des espaces qui aident les infirmières à devenir actrices de leur pratique

Le discours des participantEs divulgue un environnement qui soutient les infirmières à devenir actrice de leur pratique soit, à pratiquer tout en faisant appel à leurs pouvoirs décisionnels et d'actions. L'environnement met à disposition une diversité d'activités d'apprentissages qui outillent les infirmières dans leur pratique. Il offre des espaces qui permettent à ces dernières de s'impliquer et de s'exprimer concernant leur pratique ainsi qu'une latitude temporelle pour qu'elles puissent organiser en partie leur pratique auprès des jeunes.

**Des activités d'apprentissage à disposition.** Le milieu clinique met à disposition des formations qui portent sur une diversité de sujets et qui incluent une variété d'activités favorisant le développement des savoirs des infirmières. Cet environnement soutient le pouvoir décisionnel et d'action des infirmières en les outillant et en leur donnant l'assurance de faire face aux multiples situations rencontrées dans leur pratique. Elles peuvent ainsi ajouter de nouvelles cordes à leur pratique ce qui favorise, par le fait même, leur autonomie. Par exemple, unE GP m'a fait part d'une démarche entreprise pour que les infirmières puissent initier le traitement des condylomes :

Donc ça part toujours des observations qu'elles [en parlant des infirmières] ont dans leur pratique, des besoins... Et là ensemble... là elles vont me dire « ça serait utile si on pouvait traiter [les condylomes] ». Puis on regarde ensemble ce que ça demande comme formation, ce que ça demande aussi comme ajout au niveau d'outils cliniques.

Comme l'illustre ce verbatim, les infirmières sont consultées afin que les activités d'apprentissage soient centrées sur leurs besoins et adaptées à leur pratique. Il semblerait, que

le milieu clinique élabore avec la collaboration des professionnelLEs qui y pratiquent, un plan de formation annuellement :

Déjà à chaque année on fait un plan de formation. Les professionnels (peuvent) décider entre eux du type de formation qu'ils ont besoin et puis moi je vais organiser, planifier le travail pour que les ressources humaines puissent l'offrir. Mais c'est une des choses qu'on fait aussi beaucoup avec les professionnelLEs.

**Des espaces pour que les infirmières s'impliquent et s'expriment.** L'environnement laisse la place à l'expression des infirmières et à leur implication dans le déploiement de leur pratique. Il laisse ainsi des espaces qui prennent la forme principalement de réunions ou de communautés de pratique, et qui offrent la possibilité aux infirmières d'exprimer leurs insatisfactions, d'identifier des difficultés vécues et de réfléchir à des pistes de solution tout en introduisant des initiatives pour améliorer leur pratique :

Toute la gang (...) On a toutes donné notre point de vue sur cette situation-là. Comme de quoi on n'était pas vraiment d'accord et c'était quoi les conséquences dans notre travail et tout ça. (...) et on a décidé, à un moment donné, qu'on (ne) faisait pu là...[en parlant d'une activité que les infirmières faisaient]. (...) On peut discuter de tout et de rien dans cette, dans cette réunion-là.

Du côté des gestionnaires, de tels espaces leur permettent de transmettre de l'information aux infirmières pour favoriser, le plus possible, une transparence organisationnelle; tout en consultant les infirmières sur différents enjeux. En adoptant une approche participative et humaniste, les gestionnaires participantEs m'ont précisé consulter les infirmières sur des questions de ressources humaines, sur des orientations de l'organisation, les choix de formations ainsi que sur les besoins identifiés par les infirmières au sein de leur pratique :

On est dans une approche relativement humaniste... dans une approche participative, qui est assez particulière, quand même par rapport à l'ensemble du réseau (...) C'est sûr que les gens sont amenés à PARTICIPER, à COLLABORER aux processus; à décider, à participer aux décisions de gestion.

Par ailleurs, la présence de divers comités dans le milieu clinique, lesquels poursuivent différents mandats, fournit également des espaces pour que les professionnelLEs se rencontrent, s'expriment et s'impliquent. Par exemple, unE GP m'a précisé rencontrer les infirmières qui pratiquent auprès des jeunes en santé sexuelle plusieurs fois par année pour parler de sujets divers en lien avec leur pratique :

Donc je les rencontre en moyenne 4 fois par année, en équipe (...) autant on discute de protocoles d'ajustement de certaines pratiques, que des fois des problèmes rencontrés sur le terrain et des soutiens qu'ils ont de besoin. Ça peut être autant au niveau de la formation, qu'au niveau du soutien psychologique.

Une autre participante raconte avec enthousiasme s'impliquer depuis plusieurs années dans un projet qui favorise la scolarisation des femmes. Celui-ci lui permet de se sentir encore plus investie dans son milieu de pratique ceci, tout en lui permettant d'entretenir un lien précieux avec la communauté :

Cette soirée-là ! Moi je sors de là complètement *boosté* ! c'est fou ! Il y a des filles là-dedans qu'y (n') ont jamais reçu de fleurs de leur vie là. Je te le dis là... [me regarde en souriant] ce n'est pas une menterie là ! Et qui (sont) récompensées en face de tout le monde... ça.... Je pense que ça vient de travailler au niveau de l'estime d'elles-mêmes. Je sais que je participe à quelque chose de social à [quartier du milieu clinique]. Je participe vraiment à, améliorer des conditions de santé physique et psychologique des gens. (...) Sans penser que c'est grâce à moi-là... Juste à moi. Mais je sais que JE SUIS une partie qui contribue à ça.

**Une latitude pour organiser le temps.** Tout en respectant certaines contraintes organisationnelles, il apparaît que les infirmières ont une certaine latitude pour organiser leur temps en fonction des situations qui se présentent, des besoins des jeunes et de leur propre rythme. Une IP explique qu'elle organise elle-même son agenda pour pouvoir s'impliquer dans un projet avec un organisme communautaire portant sur le consentement sexuel :

EC : Est-ce qu'on vous libère du temps pour ce genre de projet là ?

P : C'est nous autres qui décidons de notre temps... c'est nous autres qui planifions notre agenda. (...) C'est sûr que des fois c'est difficile là. C'est nous autres qui planifient.

Cette latitude temporelle permet aux infirmières de prendre le temps nécessaire pour intervenir auprès des jeunes, tout en les incitant à s'impliquer dans leurs suivis. Une raconte une intervention où elle a pu créer un pacte de non-suicide avec un jeune :

Je pense que c'est ce qui a aidé beaucoup (...) J'ai pris, j'ai été quasiment 1h30 [hoche légèrement la tête appuyant « 1h30 »] avec cette patiente là et son travailleur social. Donc le temps aussi que j'ai pris (a aidé) à intervenir et écouter la patiente.

Bref, l'environnement de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes entretient et génère l'autonomie pour les infirmières. Pour ce faire, il permet la présence

d'acteurs clés à proximité des infirmières et offre des espaces pour que les infirmières deviennent actrices de leur pratique.

#### 5.4.2 Une alliance entre le milieu de soins et la communauté

L'environnement de soins dans lequel évolue la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes forme une alliance avec la communauté de son quartier, principalement avec ses organismes communautaires et ses citoyenNEs.

Il y a une présence marquée d'organismes communautaires dans le quartier. Plusieurs alliances se sont créées entre la clinique où évolue la pratique infirmière et ces ressources. Ces dernières s'avèrent être d'importantes alliées car elles procurent aux infirmières une compréhension plus fine des réalités vécues par les jeunes. Ces ressources sont, en quelque sorte, les yeux du quartier qui facilitent l'accès aux populations plus vulnérables, y incluant les jeunes :

Ça nous permet de PRIORISER, les services selon les besoins de la population donc d'avoir un PORTRAIT PLUS JUSTE. (...) C'est une autre source d'information qu'on a puis qui nous permet de faire une analyse puis de répondre aux besoins des jeunes. C'est aussi de voir qu'est-ce qu'on n'OFFRE pas et qu'on devrait offrir (...) comment diriger vers la bonne ressource... parce que des fois c'est pas toujours des services qui pourraient être UTILES à ces personnes-là. Donc c'est d'avoir des bons liens de référence avec les différents organismes pour répondre aux besoins des jeunes. Mais c'est surtout pour OFFRIR des services qui sont plus adaptés.

Un esprit de collaboration, ainsi qu'une relation d'entre-aide mutuelle entre le milieu clinique des infirmières et les organismes communautaires, font en sorte que les acteurs exerçant des fonctions de gestion peuvent solliciter ces ressources pour développer des projets en lien avec la pratique infirmière en santé sexuelle. Aussi, les infirmières se tournent vers certains organismes pour référer des jeunes qui ont des besoins particuliers :

Au niveau vêtement-nourriture, ils font affaire avec les organismes du quartier, puis aussi pour du soutien au niveau du répit. (...) L'aide aux devoirs aussi, il y a un organisme qui offre des services gratuits d'aide aux devoirs pour les jeunes qui en ont besoin, les jeunes en difficulté. C'est ça, il y a aussi le (organisme communautaire)<sup>21</sup> [...] qui donne certains ateliers de formation pour les jeunes; il y a aussi tous les nouveaux arrivants, donc les jeunes nouveaux arrivants c'est certain qu'ils ont l'école et qu'ils ont beaucoup de soutien à l'école, mais il y a

---

<sup>21</sup> Afin de préserver la confidentialité du milieu, les noms des organismes communautaires seront maintenus confidentiel.

aussi (cet organisme) qui vient en aide là à ce niveau-là. Donc je sais que les infirmières font affaire avec tous ces groupes-là.

À l'inverse, les organismes communautaires réfèrent des jeunes aux infirmières de la clinique; ou encore demandent que des infirmières élaborent et viennent présenter des ateliers de prévention reliés à la santé sexuelle aux jeunes qui les côtoient. Par exemple, une IP raconte donner des ateliers au sein d'un organisme lui ayant fait la demande :

C'est un groupe de jeunes du (organisme communautaire) [...] qui se rassemble là. La dame, ce qu'elle nous disait, c'est qu'il y avait des points d'INTERROGATION sur le consentement sexuel, les AGRESSIONS sexuelles. Donc elle m'a demandé de faire un atelier sur le sujet

Ces alliances avec des organismes communautaires existent parfois depuis de nombreuses années et sont marquées aux couleurs d'une mission commune, soit celle de contrer les inégalités sociales. Le milieu de soins des infirmières encourage leur participation à des instances telles que des tables de concertation ou des comités de participation citoyenne ce qui contribue à leur autonomie professionnelle :

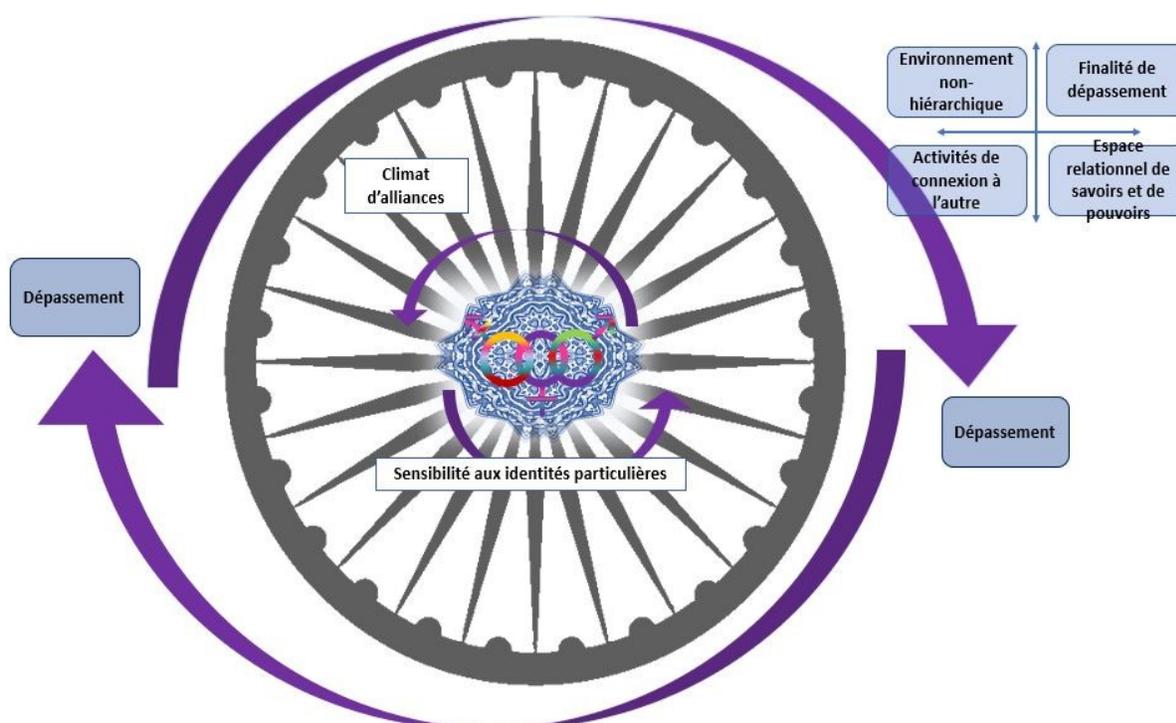
En fait, chaque équipe a un intervenant qui représente l'équipe auprès d'une concertation d'organismes communautaires qui est chapeauté, dirigé, coordonné par un [organisme communautaire] qui va, comment dirais-je, mettre en lien tous les autres organismes communautaires; donc c'est comme une concertation généralisée et qui va se faire par problématique ou par groupe d'âge. Donc ça permet d'avoir des relais d'interventions. Ça permet aussi d'avoir des liens avec d'autres partenaires comme, par exemple, les commissions scolaires, notamment pour (rejoindre) le primaire.

Enfin, le discours des participantEs suggère que l'environnement porte une attention particulière aux besoins de sa population, notamment lorsqu'il est question de réfléchir l'organisation des soins. UnE GP mentionne qu'« (On) étudie toujours le portrait de notre population quand on fait une étude sur l'offre de service. ». Les participantEs ont aussi maintes fois abordé la participation citoyenne pour voter les priorités annuelles qui « sont votées en assemblée générale citoyenne ». La pratique infirmière semble de ce fait se déployer fonction des réalités de la population du quartier.

Vu de la sorte, l'environnement de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes, peut être qualifiée de non-hiérarchique au travers des alliances construites. Cette qualité sous-entend que la pratique infirmière féministe et intersectionnelle favorise l'autonomie des infirmières et se mobilise en alliance avec sa communauté.

## 5.5 Modélisation d'une pratique infirmière de première ligne en santé sexuelle auprès des jeunes selon une perspective féministe intersectionnelle

Nos résultats suggèrent que la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes peut être conçue au travers quatre composantes interreliées. La figure 1 modélise l'expression de quatre reliances centrales à cette pratique qui, en l'occurrence, reflètent les principaux leviers d'une pratique infirmière en santé sexuelle féministe et inclusive auprès des jeunes. Cette modélisation propose ainsi une pratique infirmière en santé sexuelle qui : **(1)** poursuit une finalité de dépassement favorisant le dépassement de l'ensemble de ses acteurs; **(2)** est sensible aux identités particulières des jeunes; et **(3)** installe un climat d'alliances multiples. En outre, ces dimensions convergent vers un levier supplémentaire inhérent à une pratique infirmière féministe et intersectionnelle soit, **(4)** la réflexivité de la pratique infirmière.



**Figure 1** - Modélisation de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes selon une perspective féministe intersectionnelle

Les sous-sections suivantes présenteront ces principaux leviers de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes, selon une perspective féministe intersectionnelle.

### 5.5.1 Un dépassement pour l'ensemble des acteurs

La grande roue en mouvement illustre une pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes qui est mobilisée par son espace relationnel, son environnement non-hiérarchique et ses activités de connexion à l'autre, vers sa finalité de dépassement. Cette dernière est ce qui guide la pratique infirmière. Les flèches mauves au centre de la roue et celles l'englobant, soulignent que ce dépassement s'engage envers l'ensemble des acteurs de la pratique infirmière.

Cette finalité de dépassement pour l'ensemble des acteurs est un levier de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes selon une perspective féministe intersectionnelle. Ainsi, les flèches, illustrent d'une part, une conception globale des sexualités qui tient compte des différents déterminants sociaux de la santé et qui, associée à des visées d'émancipation, conduisent la pratique infirmière vers la finalité de dépassement des jeunes. Ceci, afin qu'ils et elles surpassent leurs vulnérabilités individuelles ou sociales parfois multiples.

D'autre part, ces flèches représentent l'élan d'un dépassement professionnel des infirmières. Ainsi, par le biais de l'environnement organisationnel qui favorise leur autonomie pour une prise en charge globale des sexualités des jeunes, notamment par des activités d'apprentissage ou par l'accès à d'autres expertises, les infirmières deviennent actrices de leur pratique de manière à la faire évoluer vers sa finalité de dépassement, tout en se dépassant elles-mêmes. En d'autres mots, les infirmières, ayant divers savoirs et des expériences personnelles ou professionnelles, se retrouvent à se dépasser elles-mêmes au sein de leur pratique pour favoriser le dépassement des jeunes.

### 5.5.2 Une sensibilité aux identités particulières

Au centre de la roue se trouve un kaléidoscope. Cet objet cylindrique que l'on bouge pour observer ses différentes formes colorées symbolise un autre levier de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes selon une perspective féministe intersectionnelle. Il exprime une pratique infirmière sensible aux identités particulières.

Ainsi, les symboles multicolores référant à divers genres<sup>22</sup> au centre du kaléidoscope, évoquent les identités aux sexualités singulières et évolutives des jeunes rencontrées au sein de la pratique infirmière en santé sexuelle. Ces identités sont façonnées par une diversité d'expériences individuelles ou collectives; et en partie influencées par les déterminants de la

---

<sup>22</sup> Les symboles au centre du kaléidoscope représentent graphiquement divers genres. De gauche à droite, ils évoquent : la non-binarité, le genre féminin et le genre masculin.

santé. En outre, le kaléidoscope, aux formes multiples, parfois similaires, est centré sur ces identités dévoilant une pratique infirmière qui tente d'être sensible aux sexualités de chaque jeune, d'y porter attention et de s'engager face à leurs singularités plurielles.

### **5.5.3 Un climat d'alliances multiples**

En arrière-plan du kaléidoscope, émanent les rayons de la roue illustrant des alliances multiples au sein de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes. Ce climat d'alliances renvoie à un autre levier à considérer.

D'une part, ces rayons illustrent les alliances qui se créent entre les infirmières et les jeunes au cœur de l'espace relationnel pour tenter d'amenuiser le potentiel d'inégalités de pouvoirs qui s'installent. Selon les situations, divers modes de savoirs se combinent à des activités de connexion pour développer avec les jeunes, peu importe leurs réalités, des relations de confiance qui soient le plus égalitaires possible. Les jeunes sont ainsi amenés à regagner du pouvoir au sein de l'espace de soin et il se crée de cette manière, des alliances entre elles/eux et l'infirmière.

D'autre part, les rayons de la grande roue signifient les alliances multiples entre les professionnelLES du milieu et/ou avec la communauté environnante. Ce modèle donne ainsi à penser que l'environnement aux qualités non-hiérarchiques enjoignant ces alliances multiples, permet à la pratique infirmière de cultiver un climat d'alliances avec les jeunes. Ainsi, l'environnement, en entretenant des liens avec les organismes du quartier qui permettent aux infirmières de répondre plus aisément aux besoins pluriels des jeunes; en restant à l'écoute de la population qu'il dessert pour mieux comprendre ses réalités sociales; et en facilitant les suivis par l'accessibilité aux différents acteurs du milieu, favorise la création d'alliances entre les infirmières et les jeunes.

### **5.5.4 La réflexivité de la pratique infirmière**

Pour terminer, cette modélisation trouve sa force dans l'illustration de la roue qui relie les trois leviers pour réaliser une pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes qui soit féministe et adoptant une posture intersectionnelle. L'image de la roue illustre une caractéristique supplémentaire de cette pratique infirmière : une réflexivité soit, un retour critique constant que certaines dimensions de la pratique portent sur elles-mêmes afin de pouvoir déployer une pratique infirmière féministe intersectionnelle.

En effet, cette grande roue, aux multiples rayons et centrée autour d'un kaléidoscope, dégage dans sa symétrie et dans son mouvement d'aller-retour entre les divers acteurs de la pratique infirmière ainsi qu'entre cette dernière et son environnement social, dégage cette réflexivité.

Ainsi, l'exercice continu de réflexivité qu'exige cette pratique infirmière signifie tout d'abord que les infirmières sont capables d'analyser la relation qui se développe entre elles et les jeunes. Elles posent un regard sur ce qui compose les sexualités plurielles des jeunes ainsi que sur leur propre position face à ces identités. Elles sont de cette manière capables d'identifier les inégalités de pouvoirs entre elles et les jeunes qui se dessinent par exemple, en fonction de l'âge, des connaissances, de la classe sociale, de l'identité sexuelle ou raciale, pour ensuite transformer ces rapports inégaux en faisant appel à diverses entités et cristalliser des alliances.

Les jeunes, aux identités plurielles, sont également amenés à développer leur réflexivité face à leur place dans l'espace du soin et face à leurs sexualités. Ainsi, la pratique infirmière, sensible aux identités particulières, favorisant leur dépassement au sein d'un climat d'alliances, incite les jeunes à réfléchir sur leurs sexualités et à comprendre pourquoi ils/elles les vivent ainsi. Ceci, pour que les jeunes puissent par la suite surpasser de leur gré leurs vulnérabilités individuelles et/ou sociales.

Enfin, la pratique infirmière en elle-même s'engage également dans cette réflexivité. Notamment, grâce aux liens qu'elle tisse avec elle, la pratique infirmière évolue en fonction des besoins pluriels de sa communauté tout comme un retour, elle participe à transformer le monde social qui l'entoure.

## Chapitre 6 – Discussion

Le présent chapitre discutera des résultats de ce projet de recherche. La première section traitera des résultats de la modélisation. Plus particulièrement, il sera question de discuter en quoi ces derniers recourent ou divergent de l'état des connaissances. La deuxième section mettra ensuite en lumière les forces théoriques et les méthodologiques de cette étude. Enfin, la dernière section proposera des pistes de recommandation pour la pratique infirmière, la gestion des soins infirmiers, la formation en sciences infirmières ainsi que des pistes de recherche à poursuivre.

### 6.1 Les résultats en dialogue avec l'état des connaissances

En réponse au but de cette recherche, une pratique infirmière de première ligne en santé sexuelle auprès des jeunes sous l'angle d'une perspective féministe intersectionnelle a été modélisée. Cette modélisation met en relief quatre dimensions qui particularisent cette pratique infirmière : **une finalité qui incite au dépassement de l'ensemble de ses acteurs, une sensibilité aux identités particulières, la présence d'un climat d'alliances multiples ainsi qu'une réflexivité au sein de la pratique infirmière** (voir section 5.5 Figure 1). Ces dimensions sont des leviers pour une pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes.

Dans ce qui suit, chacune de ces dimensions sera mise en dialogue avec l'état des connaissances. Principalement, il sera question d'identifier en quoi chacune rejoint ce qui est dit au sein de la littérature ou à l'inverse, de relever en quoi elle se démarque des écrits.

#### 6.1.1 Un dépassement pour tous les acteurs

La finalité de la pratique infirmière fait référence aux intentionnalités poursuivies par cette dernière (Richard, 2013). En d'autres termes, elle est ce vers quoi l'infirmière qui pratique en santé sexuelle auprès des jeunes se mobilise. La perspective féministe intersectionnelle a mis en lumière que cette finalité implique le dépassement des jeunes tout comme de l'ensemble des acteurs de la pratique infirmière en santé sexuelle. Ainsi, la pratique infirmière en santé sexuelle vise à introduire des changements chez les jeunes qui vont au-delà de l'individuel, ceci, en engageant les infirmières dans leur propre dépassement.

Dans le domaine des sciences infirmières, des autrices qui réfléchissent aux pratiques émancipatoires ou sociales en santé soulèvent le potentiel émancipatoire de la pratique infirmière (Kagan, et al., 2014; Walter, 2017) qui, à mon avis, rejoint en partie l'idée de dépassement décrite au sein des résultats. Tout comme le suggère la modélisation, pour elles, les pratiques professionnelles en santé ne devraient pas encourager les jeunes à développer des

mécanismes pour vivre avec leurs vulnérabilités, mais plutôt, les accompagner pour qu'elles et ils s'en émancipent (Tomm-Bonde, 2016). Dans les écrits abordant la pratique infirmière ou d'autres pratiques professionnelles auprès des jeunes dans le domaine des sexualités, le potentiel qu'ont ces pratiques pour des visées qui s'apparentent à l'idée de dépassement est également soulevé. Ces écrits recommandent une pratique infirmière qui questionnent les inégalités sociales (Burton, 2016; Cassidy et al., 2016) telles que les inégalités genrées, les enjeux de pouvoirs dans les relations amoureuses (Cassidy et al., 2016; East et al., 2010; Kelly et al., 2004; Slater et al., 2001), les discriminations vécues par les jeunes LGBTQ+ (McAllum, 2017; Riley, 2010; Szymanski et Owens, 2009) et les discriminations raciales (Stephens et Thomas, 2012). Des auteurs encouragent également une approche positive pour aborder les sexualités afin de surmonter certaines craintes face aux sexualités qu'ont plusieurs adolescentes (Kelly et al., 2004) et renforcer leur agentivité sexuelle (Lang, 2011). Par ailleurs, des écrits évoquent l'importance d'une approche globale des sexualités (FQPN, 2014; La Corps Féministe, 2019) rester sensible à l'ensemble des déterminants de la santé et agir sur les vulnérabilités des jeunes (FQPN, 2014). Bien que le terme « dépassement » n'est pas utilisé explicitement au sein de ces écrits, ceux-ci décrivent des visées qui recoupent la finalité de dépassement exposée au sein de la modélisation notamment : dans l'intérêt d'adopter une perspective globale des sexualités pour permettre des changements qui dépasse l'individuel; et dans l'idée que les pratiques professionnelles doivent tenter de dépasser les fragilités que vivent les jeunes qui sont liées à leurs sexualités et qui sont façonnées socialement. À l'instar de la modélisation présentée, il semble toutefois que de manière générale ces écrits attribuent aux pratiques professionnelles une finalité qui prend position plus fermement contre les différentes formes d'inégalités sociales (McAllum, 2017; Riley, 2010; Szymanski et Owens, 2009, Stephens et Thomas, 2012). Plusieurs autrices qui réfléchissent à ces pratiques notamment œuvrent pour que la pratique infirmière se déploie en tant que *praxis* dans une perspective de justice sociale (Kagan, et., 2014; Thornes et Hayes, 1996; Walter; 2017). Or, la finalité de dépassement mise en lumière par cette recherche, bien qu'elle soit attentive aux multiples formes d'inégalités, reflète une critique moins tranchée de ces dernières. En effet, il semble que cette finalité vise à introduire des changements chez les jeunes en lien avec leurs sexualités qui les impacteront au-delà de leurs vies personnelles sans impliquer nécessairement une volonté de changer les structures sociales qui induisent leurs vulnérabilités. La finalité de dépassement telle que suggérée au sein de la modélisation dévoile donc une certaine limite quant à sa remise en question des multiples formes d'inégalités sociales. La pratique infirmière ne

devrait-elle pas en ce sens intégrer une finalité qui tente de modifier plus radicalement les structures et processus sociaux qui influent négativement la santé ceci, pour aller à la racine de ce qui fragilisent les sexualités des jeunes dans une perspective de justice sociale (Kagan, et al., 2014; Thornes et Hayes, 1996; Walter; 2017) ? Cela suggère en outre, que viser la *praxis* reste encore difficile à mettre en œuvre au sein la pratique infirmière. Cette difficulté peut s'expliquer par le fait qu'une telle pratique reste marginale au sein des pratiques professionnelles et rarement explorée dans les études empiriques.

Il est par ailleurs à soulever que ces écrits, en différence à ce que les résultats de cette étude suggèrent, n'évoquent pas le dépassement des professionnelLEs impliquéEs au sein de la pratique infirmière. Ainsi, le modèle présenté propose une dimension supplémentaire au dépassement. En effet, en suggérant que la finalité de dépassement vise l'ensemble des acteurs de la pratique infirmière en santé sexuelle, les résultats évoquent une complémentarité entre le dépassement des jeunes et celui des infirmières et posent même une certaine nécessité au dépassement professionnelLE lorsqu'il est question d'une pratique féministe et intersectionnelle. Il est à se questionner *s'il est possible de déployer une pratique infirmière avec une finalité de dépassement des jeunes sans invoquer le dépassement des professionnelLEs impliquéEs ?*

De plus, ce dépassement professionnel des infirmières, soit le fait d'être amenées à dépasser leurs capacités professionnelles et de devenir actrice au sein de leur pratique, est rarement évoqué au sein de la littérature. En effet, on discute plutôt de l'autonomie de l'infirmière. Celle-ci, rejoignant en partie l'idée de dépassement professionnel, se réfère à plusieurs définitions. Selon *le code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec*, « l'autonomie professionnelle se traduit par la capacité de prendre des décisions dans l'intérêt du client, en toute objectivité et indépendance, d'en être imputable et d'en rendre compte » (OIIQ, 2018). Pour d'autres autrices, elle est attribuable à l'indépendance des infirmières au sein d'un cadre défini (Warchol, 2007) ou à leur potentiel de décider elle-même de leurs actions à différent niveau soit individuel, en équipe ou au niveau institutionnel (Piguet, 2008). En comparaison à ce qui est mis de l'avant, le dépassement professionnel représenté au sein de la modélisation soulève une autonomie professionnelle qui n'est pas statique. Dans une pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes, l'autonomie professionnelle serait plutôt évolutive, se développant en fonction des situations rencontrées et générées par son environnement aux qualités non-hiérarchiques. Cette autonomie croissante et évolutive serait ainsi liée à un dépassement de l'agir

et de la capacité professionnelle qui est, tel que préalablement discuté, nécessaire au dépassement des jeunes.

### 6.1.2 Une sensibilité aux identités particulières

La modélisation met en lumière une pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes qui est sensible aux identités particulières. Autrement dit, cette pratique infirmière porte attention aux singularités plurielles des sexualités qu'elle rencontre pour ensuite s'engager auprès d'elle en faisant appel à diverses composantes.

La reconnaissance de ces identités, singulières et multiples, s'avère être important cheval de bataille pour plusieurs militantes et théoriciennes féministes. Pour les penseuses de l'intersectionnalité, il existe une multiplicité d'expériences et de réalités qui sont propres aux individus mais dont plusieurs sont vécues collectivement selon leur position sociale (Collins, 2014; Crenshaw, 1989; Reimer-Kirkham et Anderson, 2002). Similairement, d'autres penseuses réfléchissent le concept du *standpoint* ou « point de vue situé<sup>23</sup> » et défendent l'idée que les individus ont un point de vue particulier sur le monde et génèrent des connaissances qui découlent de leur catégorie sociale (Haraway, 2007). Ce « point de vue situé » serait primordial pour saisir les réalités complexes des jeunes ou communautés plus marginales (Collins, 1986). Les résultats de cette étude recourent en ce sens les idées de ces théoriciennes puisque son prisme kaléidoscopique dévoile l'attention portée aux réalités de chaque jeune et à leurs vulnérabilités, parfois multiples et complexe. Néanmoins, pour les penseuses de l'intersectionnalité, la reconnaissance des expériences particulières est un premier pas pour, dans une perspective critique, dépasser une pensée dominante et homogène, afin de rendre plus visible les identités marginales (Collins, 2016). Or, bien que la pratique infirmière modélisée souhaite notamment rejoindre des jeunes vivant des situations de marginalité, il semble que cette sensibilité aux identités particulières ne prétend pas uniquement être sensible à la marginalité mais plutôt à toutes les identités qu'elles soient marginales ou pas.

Dans les écrits portant sur les pratiques professionnelles abordant les sexualités des jeunes, des autrices soulèvent aussi l'importance d'une approche d'intervention déployant un prisme sensible aux identités multiples. Ce prisme, tel que la modélisation le soutient, permettrait de développer des solutions dynamiques aux situations rencontrées (Corbeil et Marchand, 2006)

---

<sup>23</sup> Le « *standpoint* » est parfois traduit par le terme de « point de vue situé » selon le choix de l'autrice, les deux termes réfèrent toutefois au même concept.

et plus adaptées aux populations à qui s'adressent les soins (Corbeil et Marchand, 2006; Sokoloff et Dupont, 2005). De plus, tout comme la perspective féministe intersectionnelle de cette étude le suggère, ces écrits situent principalement cette sensibilité aux identités plurielles en tant que critère pour une pratique d'intervention inclusive. Il est somme toute à relever, que les résultats de cette étude contextualisent davantage cette sensibilité aux identités particulières au sein du système de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes. En effet, ils relèvent que cette sensibilité se déploie au sein d'un espace relationnel d'alliances entre l'infirmière et les jeunes dans lequel des savoirs sont mobilisés (discutés dans la prochaine section).

### **6.1.3 Un climat d'alliances multiples**

Les rayons de la grande roue désignent un climat d'alliances multiples qui se dessine d'une part entre l'infirmière et les jeunes et d'autre part, au sein de l'environnement, entre les professionnelLES qui y pratiquent ou avec la communauté entourant le milieu de soin. Ce climat d'alliances se réfère plus particulièrement à l'espace relationnel entre l'infirmière et les jeunes, lequel tente de dégager confiance et évite d'entretenir des rapports discriminatoires. Il est en partie créé par l'infirmière qui fait appel à divers modes de savoirs combinés à des activités de connexion. L'environnement quant à lui, de par ses qualités non-hiérarchiques, cultive ce climat d'alliance en favorisant l'accessibilité aux différents acteurs du milieu de soins et en entretenant une alliance avec sa communauté.

La relation entre les intervenantEs et les jeunes est au cœur de plusieurs écrits traitant des pratiques professionnelles dans le domaine des sexualités auprès des jeunes (Bergeron et Senn, 2003; Burton, 2016; Carde et Baillergeau, 2013; Collins et al., 2015; Harbin et al., 2012; Kelly et al., 2004). Au sein de ceux-ci, on parle principalement de relations de confiances (Bergeron et Senn, 2003; Burton, 2016; Carde et Baillergeau, 2013; McCabe et Holmes, 2013) ou collaboratives entre les intervenantEs et les jeunes (Burton, 2016; Stephens et Thomas 2012). Certains abordent également les rapports de pouvoir présents dans les relations entre les professionnelles et leurs patientEs et relèvent l'importance de transformer ceux-ci pour offrir des soins de qualité (Burton et al., 2021; Harbin et al., 2012; Lim et al., 2014; McAllum, 2017). Bien que ces écrits abordent des caractéristiques des relations qui se développent entre les intervenantEs et les jeunes s'apparentant à celles des alliances décrites au sein de la modélisation, ils ne parlent pas de « climat d'alliances ». La modélisation présentée au terme des résultats de cette étude soulève ainsi une dimension supplémentaire à la relation qui se déploie entre l'infirmière et les jeunes. Elle la

situé au sein d'un espace relationnel dans lequel sont déployées différentes entités qui ont des impacts sur les relations entre les infirmières et les jeunes.

En outre, ces entités illustrées au sein de la modélisation se réfèrent plus particulièrement à divers modes de savoirs utilisés par l'infirmière. L'utilisation de ces modes de savoir pour créer un climat d'alliance est en partie discutée au sein des écrits scientifiques. Ainsi, lorsqu'il est question de développer une relation de confiance, certains évoquent le savoir-être (Burton, 2016; Cassidy et al., 2016; Harbin et al. 2012). Parmi les dimensions du savoir-être abordées, le langage (Burton et al., 2021, Quinlan et Bute, 2013) ou les habiletés communicationnelles (Cassidy et al., 2016) ainsi que l'attitude (Bergeron et Senn, 2003; Carde et Baillergeau, 2013; McAllum, 2017) sont portés à attention dans les interactions entre des professionnelLEs et les jeunes. Il est à préciser que les résultats de cette étude précisent en outre d'autres dimensions du savoir-être de l'infirmière lorsqu'il est question de transformer les rapports qu'elle entretient avec les jeunes telles que les intonations, le rythme des interactions et le non verbal. Le mode de savoir émancipatoire est quant à lui au centre des travaux adoptant une perspective féministe lorsqu'il est question de favoriser des relations égalitaires dans les pratiques professionnelLEs. Ceux-ci, soutiennent l'importance que les professionnelLEs auprès des jeunes acquièrent diverses connaissances attribuables à ce mode de savoir (Chmieleswki et Yost; 2012; Harbin et al., 2012; McAllum, 2017; Riley, 2010; Slater et al., 2001) notamment pour éviter des pratiques discriminatoires (Harbin et al., 2012; McAllum, 2017) et favoriser l'émancipation des jeunes (Burton, 2016; Burton et al., 2021; Chinn et Kramer, 2015). Enfin, en différence avec ce que la modélisation suggère, l'utilisation des modes de savoirs expérientiel et empirique, ne semble pas être reconnue pour favoriser un climat d'alliance entre l'infirmière et les personnes auprès de qui elle pratique.

La modélisation de cette étude suggère également que les différents modes de savoir se combinent à des activités de connexion pour favoriser le climat d'alliances. Des écrits scientifiques font mention d'activités relationnelles qui, recoupant les résultats de cette étude, permettent aux intervenantEs de développer une connaissance profonde des jeunes (Cook, 2012) ou restent centrées sur les besoins de ces dernier-ère-s (Burton, 2016; Corbeil et Marchand, 2006; Kelly et al., 2004). Toutefois, les résultats de ce projet de recherche situent ces activités, au sein d'un grand thème plus large d'activités de connexion aux jeunes. Ainsi les activités relationnelles sont mobilisées tout comme d'autres types d'activités par les infirmières pour créer et entretenir une connexion avec les réalités plurielles des jeunes. Une connexion qui implique d'accompagner les

jeunes dans leur histoire de santé sans se substituer à eux et elles et qui implique un respect des identités propres. Toutefois, elles ne sont pas comme ce qui est suggéré dans la modélisation, intégrées au sein du continuum d'interactions qui se dessinent dans d'un espace relationnel, entre les professionnelles et les jeunes; sur une ou plusieurs rencontres.

Enfin, plusieurs écrits relèvent le rôle central qu'exerce l'environnement de la pratique infirmière auprès des jeunes en santé sexuelle. Ceux-ci soutiennent l'idée d'un environnement qui favorise une pratique accessible à tout(es) (Adamji et Swartwout, 2010; Carde et Baillergeau, 2013; Moriarty Daley et Polifroni, 2018) et reconnaissent que la nature du lien exercée entre les infirmières et leur environnement influe leur pratique auprès des jeunes (Alicea-Alvarez et al., 2011; Brewin et al., 2014). Ces écrits reconnaissent ainsi certaines caractéristiques d'un environnement qui cultive un climat d'alliances. Néanmoins, ils ne considèrent pas l'environnement en tant que composante intégrante de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes aidant aux alliances qui se créent entre les infirmières et les jeunes. Cet environnement, selon la modélisation présentée, participe ainsi à questionner les inégalités de pouvoir ayant le potentiel de s'installer au sein de la pratique infirmière.

#### **6.1.4 La réflexivité de la pratique infirmière**

La réflexivité de la pratique infirmière, telle que l'exprime la modélisation, renvoie à un reflet qu'ont certaines dimensions de la pratique infirmière sur elles-mêmes afin de se déployer vers sa finalité de dépassement, être sensible aux identités particulières et dégager un climat d'alliances multiples. Plus particulièrement, les résultats mettent en exergue une réflexivité de l'infirmière, des jeunes ainsi que de la pratique infirmière en elle-même, dans son monde social.

La réflexivité est de plus en plus discutée dans les travaux qui portent sur les pratiques professionnelles relationnelles (Chouinard et Caron, 2015). Recoupant ce qui est mis en lumière au sein de la modélisation, de manière générale la réflexivité fait référence à « la réflexion (dimension active, rationnelle) et au reflet (dimension passive, « affectante » du miroir), dans le retour sur soi d'un sujet, quel qu'il soit. » (Dierckx, 2016 p. 139).

Lorsqu'elle se rapporte à l'infirmière, la réflexivité renvoie à un processus itératif de réflexion que l'infirmière porte sur elle et sur l'ensemble des dimensions de sa pratique, pour en développer une compréhension profonde afin de l'améliorer (Chouinard et Caron, 2015; Pepin, Ducharme, Kérouac, 2017). Elle reflèterait par ailleurs, l'aptitude de l'infirmière à s'adapter aux différentes situations à liant ses expériences professionnelles ou personnelles aux divers savoirs

qu'elle possède pour développer un regard sur sa pratique qui dicterait ensuite son agir professionnel (Chouinard et Caron, 2015). Selon cette idée, la réflexivité de l'infirmière, issue de la modélisation, renvoie à une conception similaire puisqu'elle met en lumière, l'aspect réflexif que l'infirmière a sur sa pratique pour agir sur celle-ci. Elle divulgue en outre, des visées de la réflexivité plus critique que ce qui ressort des écrits puisqu'elle soulève un aspect réflexif qui traduit une remise en question des inégalités de pouvoirs ainsi que des actions sur celles-ci.

La réflexivité des jeunes rencontrés au sein même de la pratique infirmière en santé sexuelle est peu abordée dans les écrits traitant de cette pratique. Néanmoins la réflexivité des personnes soignées au sein des pratiques professionnelles est plus discutée. Elle renvoie à l'implication des personnes dans leurs soins et dans la prise en charge des situations vécues. Ainsi, « Selon les secteurs cela pourra concerner le renforcement de leurs capacités parentales, de leur employabilité, leur autonomisation, ou encore l'identification de leurs besoins et l'orientation de l'aide qui leur est apportée, etc. » (Dierckx, 2016, p.141). La réflexivité des jeunes au sein de la pratique infirmière décrite s'apparente à cette conception, toutefois, il semble qu'elle suggère d'aller au-delà de seulement favoriser l'auto-implication des jeunes face à leurs sexualités. Elle soulève en outre également l'acquisition d'une conscientisation critique face aux différents déterminants qui façonnent leurs sexualités.

Enfin, les écrits relèvent l'aspect réflexif de la pratique en l'attribuant principalement à ses acteurs, soient aux, professionnelles ou aux usager-ère-s. Toutefois, les résultats de cette étude suggèrent que la réflexivité s'applique également à l'ensemble du système de la pratique infirmière qui est en dialogue constant avec son environnement social. Ce qui, tout comme Lauralie Richard, Sylvie Gendron et Chantal Cara (2012) le soulèvent, permet de réfléchir la pratique infirmière en tant qu'agent de transformation social. Cette étude suggère en l'occurrence la pertinence de comprendre la place sociale qu'exerce la pratique infirmière dans son environnement social pour pouvoir saisir les processus qui la lient aux différentes formes d'inégalités sociales.

Pour terminer, cette étude a mené à des résultats novateurs et originaux rarement discutés au sein des études empiriques. En effet, les leviers que suggère la modélisation recourent certaines notions et des aspects abordés au sein de la littérature scientifique. Ils relèvent néanmoins plusieurs dimensions critiques supplémentaires qui apparaissent importantes à considérer pour mobiliser une pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes féministe et intersectionnelle.

## 6.2 Les forces de cette recherche

Cette recherche infirmière exploratoire aborde un sujet rarement étudié en sciences infirmières et propose des résultats originaux pour cette discipline professionnelle. Par ailleurs, elle se distingue tout particulièrement par ses repères théoriques et certaines caractéristiques liées à sa méthodologie.

### 6.2.1 Les apports des repères théoriques

Deux repères théoriques ont permis d'organiser cette recherche : une conception systémique pour délimiter l'objet d'étude soit, la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes; et une perspective féministe intersectionnelle pour soutenir l'élaboration de la méthode de cette recherche. Ce qui suit abordera les apports spécifiques de chacun de ces repères théoriques.

#### a) Une conception systémique de la pratique infirmière

Une conception systémique qui appréhende la pratique infirmière en tant qu'objet complexe (Le Moigne, 2017; Richard, 2013) a permis de baliser mon regard sur la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes (ANNEXE A). En particulier, ce repère a soutenu la collecte des données et l'interprétation analytique afin de circonscrire certaines composantes de la pratique infirmière étudiée tout en reconnaissant l'existence de liens entre elles.

Dans la littérature scientifique en sciences infirmières, une conception de la pratique infirmière tenant compte de sa complexité reste marginale. En effet, plusieurs études abordant la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes portent plutôt sur des activités ou interventions telles que le *counseling* lié à la contraception (Minnis et al., 2014; Moriarty Daly et Polifroni, 2018) ou des interventions de prévention d'ITSS (Alicia-Alvarez et al., 2011; Chacko et al., 2014; Kent et al., 2010; Ouden et al., 2014). D'autres vont plutôt s'intéresser à des programmes (Regan, 2009; Serowoky et al., 2015) ou à des outils pour intervenir (Fisher et al., 2014; Miller et al., 2019). Ces études traitent ainsi principalement d'activités de la pratique infirmière sans nécessairement les lier à d'autres composantes comme l'environnement, la finalité ou les acteurs de la pratique infirmière. En d'autres termes, elles ne conceptualisent pas la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes comme un système d'action complexe.

Une telle conception systémique a ainsi permis d'élaborer un portrait de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes qui soit conceptuellement ancrée et qui puisse cerner, en plus des interventions et outils, ses acteurs, leur espace relationnel, la finalité

poursuivie ainsi que la nature d'un environnement propice à une telle pratique. Cette balise théorique a de plus, laissé place à l'émergence de différents liens entre ces composantes soient, les dimensions essentielles de la pratique infirmière étudiée. Cette balise théorique a ainsi permis la modélisation de ces différentes dimensions de manière à répondre au but de cette étude et fournir des leviers réflexifs pour mobiliser une pratique infirmière dans le domaine des sexualités auprès des jeunes qui soit féministe et intersectionnelle.

Ceci dit, ce mode de conception systémique, bien qu'il tienne compte des multiples composantes d'une pratique, ne pose pas un regard critique sur la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes qui questionnent les enjeux de pouvoirs ayant le potentiel de s'y imbriquer - d'où la pertinence de faire appel à un autre système de pensée, complémentaire.

#### b) La perspective féministe intersectionnelle

Une perspective féministe intersectionnelle a été utilisée pour qualifier, à partir d'une posture critique, les différentes composantes de la modélisation de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes. Elle a ainsi permis de relever les leviers, au sein du système de cette pratique ayant le potentiel de questionner les enjeux de pouvoirs.

Au regard de l'état des connaissances (voir section 3.2.3), considérant les postures féministes utilisées dans les recherches abordant les pratiques professionnelles en santé sexuelle auprès des jeunes, l'utilisation de cette perspective s'avère être novatrice. En effet, la posture féministe intersectionnelle est surtout utilisée pour porter un regard sur l'expérience des jeunes au sein des pratiques professionnelles plutôt que d'étudier ces dernières en soit (Collins et al., 2015; Stephens et Thomas, 2012). En sciences infirmières, la posture intersectionnelle est par ailleurs rarement utilisée.

De plus, l'utilisation d'une perspective intersectionnelle a été particulièrement pertinente pour traiter d'une pratique infirmière qui aborde des sexualités. En effet, cette posture, adoptant une lecture critique de l'environnement social qui conditionne les individus, a permis de mieux comprendre par quel biais la pratique infirmière peut être inclusive face aux réalités plurielles. Notamment, la perspective féministe intersectionnelle a aidé à relever les entités que les infirmières mobilisent au sein de leur pratique pour rester sensibles aux jeunes et pour développer des alliances avec ces dernier-ère-s, peu importe ce qui façonne leurs sexualités.

Enfin, considérant la rare application de la posture féministe intersectionnelle au sein des études empiriques qui portent sur les pratiques professionnelles auprès des jeunes en santé sexuelle, peu d'exemples m'ont guidé dans l'utilisation des référents théoriques au sein de cette

recherche. J'ai ainsi dû faire preuve de créativité pour intégrer les balises théoriques de la posture intersectionnelle à la méthodologie de cette recherche. Cette créativité s'est principalement manifestée lors des entretiens afin de générer des données qui permettent de relever ce qui caractérise sa portée féministe et intersectionnelle tout en portant un regard sur le système de la pratique infirmière. Lors de l'analyse des données, la posture féministe intersectionnelle a également permis une créativité analytique pour relever des thèmes recoupant les notions de l'intersectionnalité. Ceci, tout en les liant, encore une fois, ces dernières à la conception systémique de la pratique infirmière. Ce processus créatif, réflexif et itératif a permis d'assoir chaque étape de cette recherche avec rigueur dans son ancrage théorique.

### **6.2.2 Les forces méthodologiques**

Cette recherche qualitative intégrant un devis descriptif interprétatif a déployé une méthodologie qui, inspirée des travaux de Sally Thorne (2016), a permis de répondre au but de l'étude. Les sous-sections suivantes relèvent deux forces méthodologiques de cette recherche soit, ma relation avec les participantEs ainsi que ma proximité professionnelle avec l'objet d'étude. Celles-ci, cohérentes avec ma posture féministe et critique, vérifient par ailleurs certains critères de qualité de cette recherche (voir section 4.7).

#### **a) Ma relation avec les participantEs**

J'identifie une première force méthodologique de ce projet de recherche dans la relation qui a été entretenue avec les participantEs. En effet, un lien de proximité s'est tissé avec le milieu dès mon entrée dans celui-ci. Il s'est solidifié tout au long du projet et j'ai pu établir ce qui m'a semblé être une relation mutuelle et de confiance avec les participantEs, laquelle s'est tout d'abord manifestée par la chaleur des interactions avec les participantEs. Avec les infirmières participantEs, le tutoiement a vite été adopté, et ce, à leur demande. Au sein des échanges courriel, téléphoniques ou par visioconférence, on m'a ainsi démontré de l'ouverture et un intérêt à me connaître. Par ailleurs, lors du recrutement et pendant les entretiens, les participantEs m'ont partagé avec aisance leur avis sur le déroulement du projet et mes choix méthodologiques. CertainEs ont même émis avec spontanéité et de leur plein gré, des informations plus personnelles sur leur vie et leur pratique. Enfin, dans la collecte des données, ce lien s'est montré tout particulièrement bénéfique pour initier des échanges qui, dans une ambiance conviviale, m'ont permis d'accéder avec profondeur à la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes. Somme toute, ma relation avec les participantes reflète le critère de qualité

d'horizontalité soit, la création d'une relation mutuelle et non hiérarchique avec les participantEs (Gervais et al., 2018), en cohérence à la posture épistémologique féministe critique de ce projet de recherche.

#### b) Ma proximité professionnelle

Ma propre expérience de pratique en tant qu'infirmière s'est avérée être un atout dans ce projet de recherche. En effet, bien que cette recherche se soit déroulée dans des services jeunesse d'un milieu institutionnel, et que ma pratique diverge sur plusieurs points de celle qui fut étudiée, il demeure que cette proximité entre mes expériences de travail et la pratique des participantEs a été bénéfique. Tout d'abord, elle a facilité ma compréhension du contexte de pratique des participantEs. Cette compréhension a aidé à déployer une méthodologie de recherche qui respecte avec éthique la réalité du milieu et qui soit sensible aux difficultés induites par la pandémie. Ensuite, cette proximité professionnelle m'a permis de saisir plus aisément certains aspects de la pratique infirmière étudiée. Elle a, de ce fait, aidé à mettre en confiance les participantEs qui, voyant que je saisisais facilement ce qu'elles/il me communiquaient, étaient plus à l'aise de me parler de leur pratique. De plus, mon expérience, couplée avec des échanges avec ma directrice de recherche, aura facilité l'interprétation des données lors de l'analyse. Mon expérience a en l'occurrence contribué à la crédibilité des résultats de recherche qui est fondée sur des interprétations compréhensives et sur la production des résultats qui reflètent la réalité de la pratique infirmière auprès des jeunes en santé sexuelle (Thorne, 2016).

### **6.3 La portée de l'étude**

Bien que ce projet de recherche comporte plusieurs forces sur le plan théorique et méthodologique, certaines limites sont identifiées, ce qui circonscrit la portée de cette étude. Afin de faire preuve de transparence et de pouvoir juger de la qualité de ce projet, celles-ci sont portées à votre attention dans ce qui suit.

#### **6.3.1 Des infirmières participantEs pratiquant dans une même équipe de soin**

Une première limite de ce projet est identifiée dans la formation de l'échantillon. En effet, les infirmières ayant accepté de prendre part à ce projet pratiquaient dans une seule et même équipe. Or, cette exposition a possiblement limité mon accès à d'autres réalités de la pratique infirmière dans le domaine des sexualités auprès des jeunes. Il est à spécifier, toutefois, qu'une certaine hétérogénéité au sein de l'échantillon est observée (voir section 4.3.2). Ainsi, les participantEs exerçaient des fonctions différentes (divers rôles de gestion ou une pratique

infirmière directe auprès des jeunes) et avaient des parcours et expériences professionnelles différentes. Par ailleurs, les gestionnaires rencontrés travaillaient également avec l'équipe de soins courants qui intégrait une pratique de première ligne en santé sexuelle auprès des jeunes, les données collectées impliquaient donc certaines perspectives sur cet autre service.

### **6.3.2 Méthode de collecte des données par entretien semi-dirigé**

Une deuxième limite réside dans la méthode de collecte des données qui a été déployée. En effet, bien que les entretiens semi-dirigés m'ont donné accès à une diversité de données au travers des récits des expériences accumulées au cours de plusieurs années de pratique, il n'en demeure, que des aspects de la pratique infirmière difficilement descriptibles à l'oral ont pu être escomptés. Par exemple, la présence d'autres modes de savoir éthiques ou esthétiques (Lechasseur, 2009) mobilisés par l'infirmière aurait davantage pu être reconnue et élaborée par une autre méthode comme l'observation participante. J'aurais également pu observer les interactions en temps réel ou les dynamiques organisationnelles ce qui aurait ajouté des précisions ou autres dimensions aux données analysées (Martineau, 2005). Il est également à relever, que les thèmes ayant découlés de l'analyse thématique au sein des résultats (voir section 5.1 à 5.4), ne font pas mention de rapport de pouvoir entre les infirmières et les jeunes influencés en fonction de la race ou de l'origine ethnoculturelle des jeunes ou des infirmières. Or, on peut penser, selon ce qui ressort de l'état des connaissances (Stephens et Thomas, 2012) et selon ce qui est avancé par les penseuses en études féministes (Crenshaw, 1989; Hill Collins, 2016), que l'identité raciale influe également les rapports entre l'infirmière et les jeunes. Encore une fois, il est possible que cette omission ait été provoquée par la méthode de collecte des données par entretien semi-dirigé qui présentent certaines limites quant à l'accès au phénomène de la pratique infirmière (Kivits et al., 2016).

Néanmoins, ma propre pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes a certainement aidé à contrer cette limite en me permettant de garder en tête certaines dimensions de la pratique infirmière, mais plus rarement racontée à l'oral. Lors des entretiens semi-dirigés, dont la durée permettait d'explorer en profondeur les récits des participantEs, ma propre expérience terrain a ainsi guidé certaines questions et facilité l'accès à des aspects de la pratique infirmière.

## 6.4 Recommandations au terme de la recherche

Cette recherche descriptive a mené à la modélisation d'une pratique infirmière de première ligne en santé sexuelle auprès des jeunes qui a mis en lumière des leviers pour une pratique qui questionne les inégalités sociales. Les prochaines sections formuleront diverses recommandations pour la pratique infirmière, pour la formation, pour la gestion et pour la recherche, signalant ainsi des retombées de cette recherche.

### 6.4.1 Pour la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes

En résonances aux résultats de cette étude, les infirmières œuvrant en santé sexuelle auprès des jeunes, sont invitées à intégrer une réflexivité constante au sein de leur pratique face aux leviers suggérés dans la modélisation.

Tout d'abord, afin de déployer une pratique qui s'engage vers une finalité de dépassement pour l'ensemble de ses acteurs, les infirmières sont encouragées à réfléchir leur conception des sexualités pour en développer une compréhension globale qui devrait en outre se joindre à des visées d'émancipation des jeunes. Lors des évaluations cliniques, elles peuvent notamment se demander : *Est-ce que j'ai évalué les différentes dimensions des sexualités des jeunes devant moi ?* Suivant leurs évaluations, elles devraient également se demander comment intervenir pour aider les jeunes à surpasser les vulnérabilités identifiées; et ce, même pour les enjeux qui ne relèvent pas des aspects physiques des sexualités. Enfin, face aux enjeux complexes rencontrés, les infirmières devraient chercher à améliorer leur pratique pour pouvoir y répondre. Par exemple, elles peuvent intégrer sur une base régulière des communautés de pratique multidisciplinaires pour traiter des enjeux pluriels rencontrés et réfléchir les manières de surpasser les vulnérabilités multiples qui conditionnent les sexualités des jeunes.

Ensuite, pour déployer une sensibilité aux identités particulières, il s'avère primordial que les infirmières reconnaissent les différents déterminants sociaux qui conditionnent les sexualités des jeunes. Elles devraient, dans cette idée, avoir le réflexe de s'intéresser aux situations familiales, au parcours scolaire et/ou professionnelle, à la culture et aux habitudes de vie des jeunes qu'elles rencontrent. Au travers les histoires racontées par les jeunes, les infirmières peuvent se poser les questions suivantes : *Quelles sont les facteurs qui composent la sexualité du ou de la jeune devant moi? Quelles entités au sein de ma pratique puis-je mobiliser pour rester sensible à sa réalité ?* Par exemple, le choix des activités, le temps des interventions, la documentation fournie aux jeunes, ainsi que les différentes dimensions du savoir-être, devraient

être réfléchis et choisis de manière à ce que la pratique des infirmières respecte et s'arrime avec les réalités des jeunes.

Pour terminer, face aux relations qu'elles entretiennent avec les jeunes, les infirmières devraient développer le réflexe d'identifier *les privilèges qu'elles ont face aux jeunes devant elles. Une fois identifiées, elles* sont encouragées à faire appel aux différentes modes de savoir pour amenuiser les inégalités de pouvoir entre elles et les jeunes. Notamment, elles ne doivent pas hésiter à faire preuve de créativité en interpellant les différentes dimensions de leur savoir-être pour créer un climat convivial et de confiance au sein de l'espace relationnel entre elles et les jeunes. Lors de rencontre avec des jeunes raciséEs ou LGBTQ+, elles peuvent également faire appel au mode de savoir émancipatoire pour reconnaître les discriminations sociales possiblement vécues par ces jeunes et tenter de créer une relation qui dégage sécurité et ouverture. Enfin, les infirmières ne doivent pas hésiter à déployer diverses activités qui les connectent aux jeunes soit des activités pour : les connaître en profondeur; rester centré sur elles et eux; ou pour enraciner leur pratique dans la vie des jeunes.

#### **6.4.2 Pour la gestion**

Bien que ce projet de recherche ne se centre pas sur les pratiques ou modes de gestion en sciences infirmières, il semble qu'il est susceptible de soulever des suggestions qui concernent la gestion des équipes infirmières en santé sexuelle auprès des jeunes.

Tout d'abord, les acteurs plus actifs au sein de l'organisation des soins tels que les gestionnaires ou les infirmières en pratique avancée (IPA) sont encouragés à déployer des mesures favorisant le dépassement des infirmières. Concrètement, ils peuvent mettre à disposition une variété d'activités d'apprentissages et libérer du temps pour accomplir ces activités. Ils peuvent également suggérer des espaces d'échanges avec les infirmières pour que ces dernières puissent se prononcer et participer au déploiement de leur pratique. Ces espaces d'échanges doivent rester à l'écoute de la parole des infirmières et mener à des améliorations concrètes au sein de leur pratique. Ils ne devraient d'ailleurs pas être imposés à ces dernières mais plutôt être présentés comme une corde supplémentaire à leur arc pour déployer une pratique qui leur ressemble.

Ensuite, afin de favoriser un développement d'alliances, l'organisation des services devrait encourager le travail collaboratif entre ses professionnellEs. L'IPA par exemple, peut organiser des rencontres cliniques multidisciplinaires. Les gestionnaires peuvent faciliter les

modes de communication entre les professionnelLEs et organiser l'horaire des différents services de manière à ce que les professionnelLEs aient accès facilement aux autres expertises. Ces dernière-s ne devraient pas non plus sous-estimer, les liens à développer avec la communauté qui l'entoure. Dans cette idée, ces liens devraient être valorisés notamment en dégagant les infirmières pour participer à des projets avec les organismes du quartier ou pour siéger aux tables de concertation.

#### **6.4.3 Pour la formation**

Le modèle présenté au sein des résultats relève l'importance que les étudiantEs et les professionnelLEs en soins développent des compétences réflexives et critiques sur ce qui compose leur pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes; notamment sur leur relation avec les personnes soignées et leur conception des sexualités et des identités. Elles et ils devraient également apprendre à identifier ce qui dessine leur identité personnelle ou professionnelle ceci, de manière à remettre en question les biais possiblement discriminatoires intériorisés. Pour ce faire, les formations devraient prévoir des mises en situation cliniques qui stimulent une réflexivité critique notamment en se servant de la modélisation présentée dans cette étude. Ainsi, lors des différentes mises en situations, les étudiantEs ou professionnelLEs peuvent par exemple, en considérant la modélisation, prendre conscience des différentes dimensions qui composent leur pratique. Elles et ils peuvent ensuite se demander, au sein de la situation qu'on leur présente : *comment déployer une pratique qui favorise le dépassement des jeunes; qui engage une sensibilité aux identités particulières; ainsi qu'un d'un climat d'alliances ?*

#### **6.4.4 Pour la recherche**

Tel que relevé, peu d'études ont pour objet central la pratique infirmière traitant des sexualités des jeunes. Il semble toutefois qu'elle s'avère être un domaine qui mérite plus amples attentions (Burton, 2016). Ainsi, partant de la modélisation proposée, voici quelques suggestions pour des recherches ultérieures afin de poursuivre le développement des connaissances dans ce domaine.

Tout d'abord, en résonance avec les limites de ce projet, il semble que d'autres études descriptives ou exploratoires pourraient être menées dans des milieux de soins autres qu'en Clinique jeunesse, mais déployant une pratique infirmière qui adoptent une approche féministe critique pour aborder les sexualités des jeunes. De telles études complèteraient la modélisation d'une telle pratique et permettraient de cerner avec plus de finesse les leviers pour une pratique

féministe et intersectionnelle auprès des jeunes pour adresser leurs sexualités. Notamment, elles pourraient nuancer certaines dimensions du climat d'alliance à cultiver dans l'environnement de la pratique infirmière.

Puis, il serait intéressant d'explorer l'expérience des jeunes dans leur rencontre avec la pratique infirmière en santé sexuelle dans un milieu de première ligne. Cette autre perspective sur la pratique infirmière mènerait probablement à d'autres connaissances qui permettent de déployer une pratique encore plus sensible aux identités particulières.

## Conclusion

Pour conclure, ce projet de recherche modélise à partir d'un devis descriptif et interprétatif (Thorne, 2016), la pratique infirmière en santé sexuelle auprès de jeunes âgés de 14 à 24 ans dans un service de première ligne selon une perspective féministe intersectionnelle.

L'analyse qualitative des données d'entretien suggère, dans un premier temps, quatre thèmes. Tout d'abord, une finalité de dépassement reflétant les intentions de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes s'articule autour de deux dimensions complémentaires soit : une conception globale des sexualités et des visées d'émancipation des jeunes. Le deuxième thème révèle un espace relationnel de savoirs et de pouvoirs. Au sein de cet espace qui structure la pratique, les infirmières interagissent avec les jeunes en faisant appel à divers savoirs qui transforment leur relation pour amenuiser les inégalités de pouvoirs. Le troisième thème regroupe des activités de connexion à l'autre. Celles-ci permettent aux infirmières de rester centrées sur les jeunes, de développer une fine connaissance de ces dernière-s et d'ancrer leur pratique dans les divers parcours de leurs sexualités. Enfin, l'environnement, le quatrième thème, est qualifié de non-hiérarchique; et s'avère être un espace générateur d'autonomie pour les infirmières et un allié à la communauté qui l'entoure.

Le résultat des analyses, par le biais d'une modélisation, suggère des leviers d'une pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes selon une perspective féministe intersectionnelle. Le modèle, à l'image d'une grande roue, propose que cette pratique infirmière est mobilisée par une finalité de dépassement qui engage celui de l'ensemble de ses acteurs. Cette pratique infirmière, qui invite les jeunes à surpasser les fragilités parfois multiples composant leurs sexualités, entraîne dans ce dépassement, le dépassement des infirmières elles-mêmes. Le centre de la roue, à l'image d'un kaléidoscope, identifie un deuxième levier soit la sensibilité aux identités plurielles des jeunes qui sont façonnées par les différents déterminants de la santé. Cette sensibilité aux identités particulières est, par ailleurs, amplifiée par le troisième levier auquel nous référons comme un climat d'alliances multiples, autant entre les infirmières et les jeunes, qu'au sein du Csc, ainsi qu'entre ce dernier et sa communauté. Enfin, le dernier levier est celui de la réflexivité au cœur de la pratique infirmière, entre les réalités des personnes soignées et soignantes et le monde social dans lequel elles évoluent. La modélisation souligne ainsi la nécessaire introspection critique des différents acteurs de la pratique infirmière face à celle-ci et au monde qui l'entoure pour questionner les biais reproducteurs d'inégalités, au détriment de la santé sexuelle des jeunes.

Pour conclure, une conception systémique de la pratique infirmière ainsi qu'une perspective féministe intersectionnelle ont été déployées dans cette étude et ont introduit un regard critique qui considère la complexité de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes. Ces repères théoriques ont, en outre, permis de cerner des leviers pour le déploiement d'une pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes qui soit sensible aux conditions qui façonnent les sexualités des jeunes et ayant le potentiel de devenir un agent de dépassement pour ces dernier-ère-s. Ce projet de recherche participe, en l'occurrence, au développement de connaissances dans le champ des savoirs émancipatoires en sciences infirmières et soutient l'intérêt de poursuivre la recherche dans ce domaine.

## Références

- Abbou, J., et Candea, M. (2021). Féminisation. *Langage et société*, (HS1), 141-145.
- Adamji, J. M. et Swartwout, K. (2010). Advance provision of emergency contraception for adolescents. *Journal School Nursing*, 26(6), 443-449. doi: 10.1177/1059840510377765
- Alicea-Alvarez, N., Hellier, S. D., Jack, L. W. et Lundberg, G. G. (2011). A Pilot Study of Chlamydia Screening among High School Girls. *The Journal for Nurse Practitioners*, 7(1), 25-28. doi: 10.1016/j.nurpra.2010.04.003
- Allen, D. G. (2006). Whiteness and difference in nursing. *Nursing Philosophy*, 7, 65-78. doi: 10.1111/j.1466-769X.2006.00255.x
- Association canadienne de santé publique. (2010). *La pratique infirmière en santé publique - en santé communautaire au Canada*. Repéré à <https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/pubs/3-2bk04214.pdf>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bay-Cheng, L. Y. et Lewis, A. A. (2006). Our "Ideal Girl" Prescriptions of Female Adolescent Sexuality in a Feminist Mentorship Program. *Journal of Women and Social Work*, 21(1), 71-83. doi: 10.1177/0886109905283137
- Bergeron, S. et Senn, C. Y. (2003). Health care utilization in a sample of Canadian lesbian women: predictors of risk and resilience. *Women and Health*, 37(3), 19-35.
- Bertalanffy, L.V. (1993). *Théorie générale des système*. New York, NY: Dunod.
- Bickford, D. (2014). Postcolonial theory, nursing knowledge, and the development of emancipatory knowing. *Advances in sciences Nursing*, 37(3), 213-223. doi: 10.1097/ANS.0000000000000033
- Bilge, S. (2015). Le blanchiment de l'intersectionnalité. *Recherches Féministes*, 28(2), 9-32. doi: 10.7202/1034173ar
- Bradbury-Jones, C., Bradshaw, S., Clark, M. et Lewis, A. (2019). "I keep hearing reports on the news that it's a real problem at the moment": Public health nurses' understandings of sexting practices among young people. *Health Social Care Community*, 27(4), 1063-1073. doi: 10.1111/hsc.12723

- Brewin, D., Koren, A., Morgan, B., Shipley, S. et Hardy, R. L. (2014). Behind closed doors: school nurses and sexual education. *Journal of School Nursing, 30*(1), 31-41. doi: 10.1177/1059840513484363
- Brownmiller, S. (1975). *Against our will: Men, women, and rape*. New York, NY: Ballantine Books.
- Bouabdillah, N., Holmes, D. et Tourigny, J. (2016). Infirmières issues de minorités visibles et mobilité verticale en milieu hospitalier. *Recherche en soins infirmiers, 127*(4), 71-81. doi: 10.3917/rsi.127.0071.
- Burton, C. W. (2016). The Health Needs of Young Women: Applying a Feminist Philosophical Lens to Nursing Science and Practice. *Advances in sciences nursing, 39*(2), 108-118. doi: 10.1097/ANS.000000000000119
- Burton, C. W., Nolasco, K. et Holmes, D. (2021). Queering nursing curricula: Understanding and increasing attention to LGBTQIA+ health needs. *Journal of Professional Nursing, 37*(1), 101-107. doi: 10.1016/j.profnurs.2020.07.003
- Carde, E. et Baillergeau, E. (2013). L'offre de services en santé sexuelle destinés aux jeunes de Montréal : quelle adaptation aux besoins et quelle accessibilité. *Centre de recherche de Montréal sur les inégalités et discriminations*. 1-56.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science, 1*(1), 13-24.
- Cassidy, C., Goldberg, L. et Aston, M. (2016). The application of a feminist poststructural framework in nursing practice for addressing young women's sexual health. *Journal of Clinical Nursing, 25*(15-16), 2378-2386. doi: 10.1111/jocn.13354
- Chacko, M. R., Markham, C., Thiel, M., Crandall, S. M., Peskin, M. F., Shegog, R. et Tortolero, S. (2014). Feasibility of Providing Sexually Transmitted Infection Testing and Treatment in Off-Campus, Nonclinic Settings for Adolescents Enrolled in a School-Based Research Project. *Journal of School Health, 84*(6), 379-386.
- Chinn, P. L. et Kramer, M. K. (2015). *Knowledge development in nursing*. Philadelphia: Mosby Inc. Elsevier.
- Chmielewski, J. F. et Yost, M. R. (2012). Psychosocial Influences on Bisexual Women's Body Image. *Psychology of Women Quarterly, 37*(2), 224-241. doi: 10.1177/0361684311426126
- Christianson, M. (2016). "Not Used But Almost. . ."—A Gender and Agency Analysis of the Grey Zone Between Consensual and Nonconsensual Sexual Intercourse. *Health Care for Women International, 36*, 768-783. doi: 10.1080/07399332.2014.900063

- Chouinard, I., et Caron, J. (2015). Le recours aux approches réflexives dans les métiers relationnels: modélisation des conceptions de la réflexivité. *Phronesis*, 4(3), 11-21
- Cloutier, R., et Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescence* (4e éd.). Montréal : Éditions de la chenelière.
- Collin, F. (2014). *Anthologie québécoise, 1977-2000*. Montréal, QC: Les éditions du remue-ménage.
- Collins, M. L., Baiardi, J. M., Tate, N. H. et Rouen, P. A. (2015). Exploration of Social, Environmental, and Familial Influences on the Sexual Health Practices of Urban African American Adolescents. *Western Journal of Nursing Research*, 37(11), 1441-1457. doi: 10.1177/0193945914539794
- Collins, P. H. (1986). Learning from the outsider within: The sociological significance of black feminist thought. *Social Problems*, 33(6), 14-32
- Collins, P. H. (2016). *La pensée féministe noire : Savoir, conscience et politique de l'empowerment*. Montréal: Remue-Ménage.
- Corbeil, C. et Marchand, I. (2006). Penser l'intervention féministe à l'aune de l'approche intersectionnelle. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(1), 40-57. doi: 10.7202/014784ar
- Dahinten, V. M. (2003). Peer Sexual Harassment in Adolescence: The Function of Gender Le harcèlement sexuel par des pairs à l'adolescence: le rôle de l'appartenance sexuelle. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(2), 56-73.
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession infirmière*. Boucherville: Gaëtan Morin. p. 454-481
- Dierckx, C. (2016). Réflexivité, pouvoirs et transformation des pratiques. *Nouvelles pratiques sociales*, 28(2), 138-157.
- East, L., Jackson, D., Peters, K. et O'Brien, L. (2010). Disrupted sense of self: young women and sexually transmitted infections. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 1995-2003. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03183.x
- East, L., Jackson, D., O'Brien, L. et Peters, K. (2015). Being diagnosed with a sexually transmitted infection (STI): sources of support for young women. *Contemporary Nurse*, 50(1), 50-57. doi: 10.1080/10376178.2015.1013427
- Fallon, D. (2003). Adolescent access to emergency contraception in A and E departments: reviewing the literature from a feminist perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 12(1), 4-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00687.x>

- Fauchald, S. K. (2006). Community-based research to explore safer sex behaviors among women: Implications for CNS practice. *Clinical Nurse Specialist*, 20(2), 68-72.
- Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2014). *LA JUSTICE REPRODUCTIVE, ou l'application du prisme de la justice sociale à la santé et aux droits sexuels, reproductifs et maternels*. Repéré à [http://www.fqpn.qc.ca/main/wp-content/uploads/2014/03/PDF\\_FR\\_COULEUR.pdf](http://www.fqpn.qc.ca/main/wp-content/uploads/2014/03/PDF_FR_COULEUR.pdf)
- Femmes autochtones du Québec (2011). *Ma sexualité, c'est une question de respect: brisons le silence!*, Montréal, Femmes autochtones du Québec, p.9.
- Fiore, F. (2014). Santé sexuelle à l'école. *Perspective infirmière*, 11(3), 14.
- Fisher, C. M., Lee, M. G. et Boudreau, M. E. (2014). Using mixed-method assessment to advance adolescent HIV prevention. *Clinical Nursing Research*, 23(5), 490-513. doi: 10.1177/1054773813503968
- Gendron, F., Bérubé, J., Charbonneau, L., Guilbert, É., Leboeuf, M., Ouellet, S., . . . Martin, R.-C. (2014). Les saignements irréguliers. Maîtrise des effets secondaires des pilules combinées. *Perspective infirmière*, 11(2), 34-35.
- Gervais, M., Weber, S. et Caron, C. (dir.). (2018). *Guide pour faire de la recherche féministe participative*. Montréal, QC: Université McGill.
- Gilligan, C. (1993). *In a Different Voice : Psychological Theory and Women's Development*. (3e éd.). Cambridge, MA: Harvard University Press
- Gilmour, J. A., Huntington, A. et Wilson, H. V. (2008). The impact of endometriosis on work and social participation. *International Journal of Nursing Practice*, 14(6), 443-448. doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.00718.x
- Gouvernement du Québec. (2019, 1<sup>er</sup> juin). Code civil du Québec. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/ccq-1991>
- Green, J. et Thorogood, N. (2018). *Qualitative Methods for Health Research*. (4<sup>e</sup> éd.). SAGE Publications.
- Guba, E. and Lincoln, Y. S. (1998). *Competing Paradigms in Qualitative Research*. 195–220. In *The Landscape of Qualitative Research: Theories and issues* Edited by: Denzin, N. K. Sage Publications
- Guilbert, E., Bérubé, J., Charbonneau, L., Gendron, F., Leboeuf, M., Ouellet, S., . . . Wagner, M.-S. (2012). L'aider à choisir son contraceptif. *Perspective infirmière*, 9(2), 45-49.

- Haley, T., Puskar, K., Terhorst, L., Terry, M. A. et Charron-Prochownik, D. (2013). Condom use among sexually active rural high school adolescents personal, environmental, and behavioral predictors. *Journal of School Nursing, 29*(3), 212-224. doi: 10.1177/1059840512461282
- Haraway, D. (2007). « *Le témoin modeste : diffractions féministes dans l'études des sciences* », dans *Manifeste cyborg et autres essais. Sciences – Fictions – Féminismes*. Paris.
- Harbin, A., Beagan, B. et Goldberg, L. (2012). Discomfort, judgment, and health care for queers. *Journal Bioethical Inquiry, 9*(2), 149-160. doi: 10.1007/s11673-012-9367-x
- Hebert, M. et Bergeron, M. (2007). Efficacy of a group intervention for adult women survivors of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 16*(4), 37-61. doi: 10.1300/J070v16n04\_03
- Hebert, M., Blais, M. et Lavoie, F. (2017). Prevalence of teen dating victimization among a representative sample of high school students in Quebec. *Internal Journal Clinical Health Psychology, 17*(3), 225-233. doi: 10.1016/j.ijchp.2017.06.001
- Institut canadien de recherches sur les femmes (2006). *Les cadres d'analyse intersectionnelle : une vision émergente*. Repéré à [http://www.criawicref.ca/images/userfiles/files/CAFI%20%20une%20vision%20%C3%A9mergente\(1\).pdf](http://www.criawicref.ca/images/userfiles/files/CAFI%20%20une%20vision%20%C3%A9mergente(1).pdf)
- Jackson, S. et Weatherall, A. (2010). The (im)possibilities of feminist school based sexuality education. *Feminism and Psychology, 20*(2), 166-185.
- Jesson, J. et Lacey, F. (2006). How to do (or not to do) a critical literature review. *Pharmacy Education, 6*(2), 139-148. doi: 10.1080/15602210600616218
- Jessor, R., Graves, T. D., Hanson, R. C., et Jessor, S. L. (1968). *Society, personality, and deviant behavior: A study of a tri-ethnic community*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Jolly, K., Archibald, C. et Liehr, P. (2013). Risk taking in first and second generation Afro-Caribbean adolescents: an emerging challenge for school nurses. *Journal of School Nursing, 29*(5), 353-360. doi: 10.1177/1059840513475819
- Kagan, P. N., Smith, M. C. et Chinn, P. (2014). *Philosophies and Practices of Emancipatory Nursing: Social Justice as Praxis*. New York, NY: Lee.
- Kao, T. S. et Manczak, M. (2013). Family influences on adolescents' birth control and condom use, likelihood of sexually transmitted infections. *Journal of School Nursing, 29*(1), 61-70. doi: 10.1177/1059840512444134

- Kelly, P. J., Bobo, T., Avery, S. et McLachlan, K. (2004). Feminist perspectives and practice with young women. *Issues Comprehensive Pediatric Nursing*, 27(2), 121-133. doi: 10.1080/01460860490451831
- Kent., H., Heffernan, M., Silvers, J., Moore, E. et Garland, S. (2010). Role of the nurse immuniser in implementing and maintaining the National Human Papillomavirus 'Cervical Cancer' vaccine rollout through a school-based program in Victoria. *Sexual Health*, 7(3), 391-393. doi: 10.1071/SH09148
- King, M. et Ussher, J. M. (2012). It's not all bad: Women's construction and lived experience of positive premenstrual change. *Feminism and Psychology*, 23(3), 399-417. doi: 10.1177/0959353512440351
- Kivits, J., Balard, F., Fournier, C. et Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Malakoff, France: Armand Colin.
- La Corps Féministe. (2019). *Corps Accord guide de sexualité positive*. Montréal, QC: Éd. Remue-ménage
- Lalman, Laura. (2013, mai). *L'autosanté : pratiques et savoirs de femmes*. Document repéré à <https://www.asblcefa.be/cefa/images/pdf/autosant.pdf>.
- Lang, M.-È. (2011). L'« agentivité sexuelle » des adolescentes et des jeunes femmes : une définition. *Recherches Féministes*, 24(2), 189-209. doi: 10.7202/1007759ar
- Lapointe, M. È. (2014). Le processus d'observation ou de la nécessité d'être « pris (e) au jeu ». *Recherches qualitatives*, 33(1), 172.
- Lechasseur, K. (2009). *Mobilisation des savoirs par une pensée critique chez des étudiantes infirmières bachelières en situation de soins*. (Thèse de doctorat, Université Laval, Québec).
- Le Moigne, J-L. (1994). *La théorie du système général. Théorie de la Modélisation* (4<sup>ième</sup> éd.). France: Presses universitaires de France.
- Levine, E. (2017). Sexual Violence Among Middle School Students: The Effects of Gender and Dating Experience. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(14), 2059-2082. doi: 10.1177/0886260515590786
- Lim, F. A., Brown, D. V. et Kim, S. M. J. (2014). Addressing health care disparities in the lesbian, gay, bisexual, and transgender population: A review of best practices. *American Journal of Nursing*, 114(6), 24-34.
- Lortie, S. et Rondeau, L. (2013). La trousse premières amours. *Perspective infirmière*, 10(2), 44-5.

- Malinowska, A. (2020). Waves of Feminism. *The International Encyclopedia of Gender, Media, and Communication*, 1-7.
- Malterud, K., Siersma, V. D. et Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760.
- March, A. L. et Atav, A. S. (2010). Social environment and problem behavior: perceived school safety, gender, and sexual debut. *Journal of School Nursing*, 26(2), 121-130. doi: 10.1177/1059840509343112
- Martineau, S. (2005). L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites. *Recherches qualitatives*, 2, 5-17.
- McCabe, J. et Holmes, D. (2014). Nursing, sexual health and youth with disabilities: a critical ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 77-86. doi: 10.1111/jan.12167
- McAllum, M.-A. (2017). Young bisexual women's experiences in secondary schools: "Not everyone's straight so why are they only teaching that?". *Sex education*, 18(3), 253-267.
- McClelland, S. I., Rubin, J. D. et Bauermeister, J. A. (2016). Adapting to Injustice: Young Bisexual Women's Interpretations of Microaggressions. *Psychology of Women Quarterly*, 40(4), 532-550. doi: DOI: 10.1177/0361684316664514
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Milhomme D., Gagnon, J. et Lechasseur, K. (2014). L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques : quelques pistes de réflexion. *L'infirmière Clinicienne*, 11(1), 1-10.
- Miller, M. K., Mollen, C., Behr, K., Dowd, M. D., Miller, E., Satterwhite, C. L., . . . Goggin, K. (2019). Development of a Novel Computerized Clinical Decision Support System to Improve Adolescent Sexual Health Care Provision. *Academic Emergency Medicine*, 26(4), 420-433. doi: 10.1111/acem.13570
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
- Minnis, A. M., Mavedzenge, S. N., Luecke, E. et Dehlendorf, C. (2014). Provider counseling to young women seeking family planning services. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(4), 223-231. doi: 10.1363/46e1414

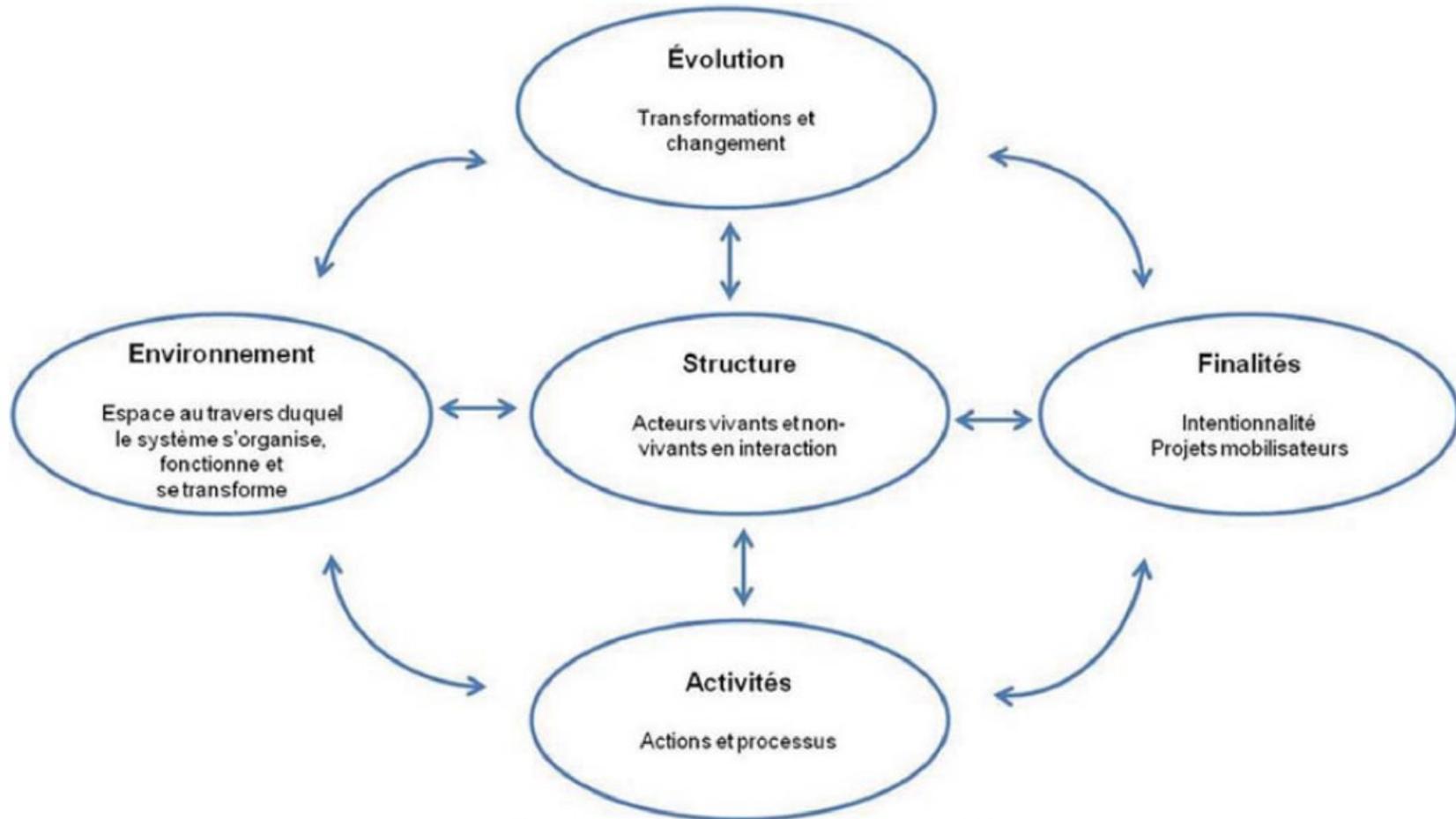
- Moriarty Daley, A. et Polifroni, E. C. (2018). "Contraceptive Care for Adolescents in School-Based Health Centers Is Essential!": The Lived Experience of Nurse Practitioners. *Journal of School Nursing*, 34(5), 367-379. doi: 10.1177/1059840517709503
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018, 1er janvier). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cr/l-8,%20R.%209.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4441-santescolaire.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2006). Santé sexuelle. Repéré à [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/)
- Ouden, D. D., Derouin, A., Silva, S. et Khan, A. (2014). Screening for chlamydia: Are you doing it? *The Nurse Practitioner*, 41-46.
- Pagé, G. (2014). Sur l'indivisibilité de la justice sociale ou Pourquoi le mouvement féministe québécois ne peut faire l'économie d'une analyse intersectionnelle. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(2), 200-217. doi: 10.7202/1029271ar
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4<sup>e</sup> éd.). Paris, France: Armand Colin.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks Sage Publications.
- Pepin J, Ducharme F, Kérouac S. La pensée infirmière. 4<sup>e</sup> éd. Montréal: Chenelière; 2017.
- Piguet, C. (2008). Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières, contribution à une théorie agentique du développement professionnel (Doctoral dissertation, Université de Nanterre-Paris X).
- Pleško, M. (2012). La féminisation linguistique en milieu francophone. *Romanica Olomucensia*, 24(2), 151-158
- Quinlan, M. M. et Bute, J. J. (2013). 'Where are all the men?' A post-structural feminist analysis of a university's sexual health seminar. *Sex Education*, 13(1), 54-67. doi: 10.1080/14681811.2012.677205
- Regan, M. E. (2009). Implementation and evaluation of a youth violence prevention program for adolescents. *Journal of School Nursing*, 25(1), 27-33. doi: 10.1177/1059840508329300

- Reimer-Kirkham, S. et Anderson, J. (2002). Postcolonial Nursing Scholarship: From Epistemology to Method. *Advances in Nursing Science*, 25(1), 1-17.
- Rew, L., Thurman, W. et McDonald, K. (2017). A Review and Critique of Advances in Nursing Science Articles That Focus on Sexual Health and Sexual Rights: A Call to Leadership and Policy Development. *Advances in Nursing science*, 40(1), 64-84. doi: 10.1097/ANS.000000000000158
- Richard, L. (2013). *Modélisation systémique d'une pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale*. [Thèse de doctorat]. Montréal.
- Richard, L., Gendron, S., et Cara, C. (2012). Modélisation de la pratique infirmière comme système complexe: une analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières. *Aporia*, 4(4), 26-39.
- Riley, B. H. (2010). GLB adolescent's "coming out". *Journal Child and Adolescence Psychiatric Nursing*, 23(1), 3-10. doi: 10.1111/j.1744-6171.2009.00210.x
- Rodriguez-Tomé, H., Jackson, S. et Bariaud, F. (1999). *Regards actuels sur l'adolescence*. Paris, France: Presses universitaires de France.
- Ryan, G. W. et Bernard, H. R. (2003,). Techniques to Identify Themes. 15(1), 85-109. doi: 10.1177/1525822X02239569
- Serowoky, M. L., George, N. et Yarandi, H. (2015). Serowoky, M. L., George, N., et Yarandi, H. (2015). Using the Program Logic Model to Evaluatej Cuidate!: A Sexual Health Program for Latino Adolescents in a School-Based Health Center. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 12(5), 297-305.
- Scott, J., et Varikas, É. (1988). Genre: une catégorie utile d'analyse historique. *Les cahiers du Grif*, 37(1), 125-153.
- Sieving, R. E., McMorris, B. J., Beckman, K. J., Pettingell, S. L., Secor-Turner, M., Kugler, K., . . . Bearinger, L. H. (2011). Prime Time: 12-month sexual health outcomes of a clinic-based intervention to prevent pregnancy risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 49(2), 172-179. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.12.002
- Simmons, N. (2017). Axial Coding. *The SAGE Encyclopedia of Communication Research Methods*. doi: 10.4135/9781483381411
- Skybo, T., et Polivka, B. (2007). Health promotion model for childhood violence prevention and exposure. *Journal of clinical nursing*, 16(1), 38-45

- Slater, J. M., Guthrie, B. et Boyd, C. J. (2001). A Feminist Theoretical Approach to Understanding Health of Adolescent Females. *Journal of Adolescent Health, 28*(6), 443-449.
- Sokoloff, N. J. et Dupont, I. (2005). « Domestic Violence at the Intersections of Race, Class, and Gender ». *Violence Against Women, 11*(1), 38-64.
- Szymanski, D. M. et Owens, G. P. (2009). Group-level coping as a moderator between heterosexism and sexism and psychological distress in sexual minority women. *Psychology of Women Quarterly, 33*(2), 197-205. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2009.01489.x>
- Teitelman, Ratcliffe, Morales-Aleman et Sullivan, 2008. (2008). Sexual Relationship Power, Intimate Partner Violence, and Condom Use Among Minority Urban Girls, *Journal of Interpersonal Violence, 23*, 12 : 1694-1712.
- Thorne, S. (2016). *Interpretative Description. Interpretive description: Qualitative research for applied practice.* New York, NY: Routledge. doi: <https://doi.org/10.4324/9781315426259>
- Tomm-Bonde, Laura. (2012). The naive nurse: revisiting vulnerability for nursing. *BMC Nurs.*, p. 11(5).
- Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. (2019). *Le guide du rédacteur.* Repéré à : <https://www.btb.termiumplus.gc.ca/redac-chap?lang=fra&lettr=chapsect9&info0=9.1>
- Vamos, C. A., Daley, E. M., Perrin, K. M., Buhi, E. R. et Mahan, C. R. (2012). Political contexts surrounding Title X, the national family planning program, over the past four decades: oral histories with key stakeholders in Florida. *Journal of Midwifery and Women's Health, 57*(6), 603-613. doi: [10.1111/j.1542-2011.2012.00248.x](https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00248.x)
- Warchol, N. (2007), La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle, *Recherche en soins infirmiers, 4* (91), 76-96. DOI : [10.3917/rsi.091.0076](https://doi.org/10.3917/rsi.091.0076).
- Weiss, J. A. (2007). Let us talk about it: safe adolescent sexual decision making. *Journal of American Academy of Nurse Practitioner, 19*(9), 450-458. doi: [10.1111/j.1745-7599.2007.00252.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2007.00252.x)
- Wuest, J. (1994). A feminist approach to concept analysis. *Western Journal of Nursing Research, 15*, 577-586.

**ANNEXE A - « *La pratique infirmière comme système complexe, selon les composantes du modèle de Le Moigne* » (Richard, 2013, p. 30)**

Figure 1: La pratique infirmière comme système complexe, selon les composantes du modèle de Le Moigne



Inspiré du modèle de Le Moigne[43]

**ANNEXE B - Canevas des fiches de lecture**

Date :

Titre et référence :

Où a-t-il été trouvé?

Type de publication	Pays la publication	Discipline du texte et/ou des auteurEs	Cadre et concepts théoriques	But
Devis	Échantillon et milieu		Collecte de donnée	Méthode d'analyse
Résultats clés				
Critique				
Réflexions pour le projet				
Autres éléments				

**ANNEXE C - Lettre de présentation : entrée dans le milieu**

**Montréal, le 17 Décembre 2018**

Bonjour,

Je m'appelle Eugénie Loslier-Pellerin. Je suis infirmière clinicienne en milieu scolaire et en Clinique jeunesse au CLSC de [REDACTED] depuis 2015 et étudiante à la maîtrise à l'Université de Montréal depuis septembre 2017. Je m'intéresse à la pratique infirmière en santé sexuelle auprès d'adolescentEs selon une perspective féministe intersectionnelle.

Mon intérêt s'inscrit dans la suite de mes engagements dans des causes féministes, en plus de mon expérience clinique auprès de jeunes. Ces derniers vivent divers enjeux physiques, relationnels, sociaux et identitaires durant leur adolescence et je crois que l'infirmière peut exercer un rôle clé auprès et avec eux lorsqu'il est question de leur santé sexuelle.

Pour mon projet de maîtrise, je pars aussi de l'idée qu'une approche féministe et intersectionnelle, qui vise l'autonomisation, offre des outils d'analyse et d'intervention pertinents pour une pratique infirmière inclusive, holistique et adaptée aux besoins et aux réalités socioéconomiques, familiales et culturelles des jeunes.

Ceci étant, dans les recherches abordant la sexualité des jeunes de 12 à 25 ans, peu d'études décrivent la pratique infirmière selon une perspective féministe intersectionnelle. Pourtant, je crois que cette pratique infirmière existe, sous différentes formes, dans des services de première ligne auprès d'adolescents. Dans l'esprit de tendre encore et toujours davantage vers des soins qui soient centrés sur les besoins des jeunes, j'ai le goût de développer une recherche pour exposer et potentialiser les forces déjà en place et pour identifier des leviers permettant d'améliorer ces soins lorsque ce serait aidant.

Ainsi, j'aimerais réellement pouvoir mener une partie de ma recherche avec vous. Plus concrètement, voici la démarche dans laquelle je suis engagée et au travers de laquelle j'aimerais avoir la chance de vous solliciter :

- Hiver 2019 : une première brève rencontre d'équipe pour faire connaissance, en compagnie de ma directrice de recherche, Sylvie Gendron;
- Printemps 2019 : une rencontre d'équipe pour présenter le projet de recherche en développement et obtenir vos suggestions pour le bonifier, de votre point de vue, tout en s'assurant que sa réalisation soit faisable;
- Automne 2019 : début de la collecte de données, après avoir obtenu l'approbation éthique concernant la réalisation du projet et après avoir répondu à toutes vos interrogations. Je prévois faire la collecte de données auprès de quelques infirmières de l'équipe principalement par des entretiens individuels, de l'observation de la pratique et possiblement un *focus* groupe;
- Hiver 2020 : fin de mes analyses; et
- Printemps 2020 : une rencontre pour partager mes résultats et pour décider avec vous des moyens de diffusion ou d'autres usages des résultats.

Dans un esprit de collaboration, je m'engage ainsi à accueillir toute suggestion de votre part qui bonifierait ce projet et à respecter tout enjeu de confidentialité.

Enfin, considérant l'historique de luttes contre les inégalités sociales dans lequel votre milieu de soins a grandi ainsi que sa tangente communautaire restée en marge des institutions de santé

plus conventionnelles, j'aimerais apprendre de votre riche expérience pour poursuivre mon développement professionnel au service de la santé des jeunes et pour contribuer à l'agenda féministe et transformationnel qui devrait davantage animer notre pratique infirmière.

En espérant avoir la chance de vous rencontrer en janvier ou février prochain, convaincues de l'intérêt de participer à ce projet, ce sera un plaisir de vous rencontrer toutes,

**Eugénie Loslier-Pellerin inf. B. Sc.**

Étudiante Maîtrise, Sciences infirmières, Université de Montréal

**ANNEXE D - Certificat d'éthique du CERSES**

**Projet CERSES-20-018-D****Étudiante requérante** : Eugénie Loslier-Pellerin**Titre du projet** : « Modélisation de la pratique infirmière en santé sexuelle dans des services de première ligne auprès de jeunes âgés\* de 14 à 24 ans selon une perspective féministe intersectionnelle »**Source de financement** : Programme MEES-Université, No d'octroi B00710086

Mme Eugénie Loslier-Pellerin,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) considère que le projet de recherche susmentionné répond aux normes en vigueur au chapitre de l'éthique de la recherche. L'approbation est obtenue en date d'aujourd'hui. Afin d'en attester, vous recevrez par voie électronique une copie du certificat d'éthique d'ici quelques jours. Entre-temps, votre projet de recherche peut débuter.

Cordialement,

**Julie Allard, M.Sc.**

Conseillère en éthique de la recherche

Bureau de la conduite responsable en recherche

Université de Montréal



**ANNEXE E - Approbation du CÉIPOR-Csc**

De : [REDACTED]

Envoyé : 24 février 2020 10:21

À : Eugénie Loslier-Pellerin [REDACTED]

Cc : Gendron Sylvie [REDACTED]

Objet : Re: Projet de recherche - Eugénie Loslier-Pellerin, Modélisation de la pratique infirmière en santé sexuelle dans des services de première ligne auprès de jeunes âgés de 14 à 24 ans selon une perspective féministe intersectionnelle.

Bonjour Eugénie,

Le comité de coordination a approuvé le projet.

Je vais rencontrer les infirmières Jeunesse le 19 mars 2020. Je vais vous recontacter suite à cette rencontre.

Bonne journée,

[REDACTED]

[REDACTED]

*Directrice des soins infirmiers/conseillère cadre en soins infirmiers*

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

**ANNEXE F - Envoi électronique aux gestionnaires du Csc pour sollicitation au projet**

Montréal, le 6 Août 2021

**Objet : Invitation à un rencontre pour amorcer une recherche dans votre équipe**

---

Bonjour,

Je m'appelle **Eugénie Loslier-Pellerin**. Je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal (UdeM) et je réalise une recherche portant sur la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes âgés de 14 à 24 ans.

Tout juste après avoir obtenu, en mars 2020, les approbations des différents comités de l'UdeM et des instances de votre Clinique, ce projet fut malheureusement interrompu par la pandémie. Le contexte de soins s'y prêtant maintenant davantage, je suis tout particulièrement enthousiaste de redémarrer cette recherche en collaboration avec les équipes de la Clinique jeunesse et des Soins courants. Ceci, dans le respect des nouvelles exigences particulières liées au contexte actuel.

**But** : *Décrire la pratique infirmière en santé sexuelle auprès de jeunes âgés de 14 à 24 ans en utilisant une perspective féministe intersectionnelle.*

**Collecte des données** : J'envisage une méthode de collecte des données : un entretien individuel avec elles et avec 2 ou 3 gestionnaires. Cette étape s'échelonna sur une période d'environ trois mois.

**Résultats attendus** : Une modélisation de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes qui donnera des repères cliniques pour soutenir le développement de cette pratique.

**Diffusion des résultats** : Les résultats de ce projet seront discutés au sein des 2 équipes et selon d'autres modalités que vous jugeriez pertinents pour votre clinique et pour les jeunes qui la fréquente. Ils seront aussi publiés dans un article scientifique ainsi que dans au moins deux conférences scientifiques infirmières. Les documents (article et communications) seront transmis à votre organisation. Plusieurs mesures seront mises en place pour assurer la confidentialité des participantEs et de votre clinique.

Dans cette idée, j'aimerais vous rencontrer pour discuter plus amplement du déploiement de cette recherche. Cette rencontre, d'environ une heure, visera trois objectifs :

Échanger de vive voix, avec vous, sur ce projet.

1. Discuter de la possibilité que vous participiez éventuellement à ce projet, par le biais d'un entretien individuel.
2. Discuter des moyens de sollicitation des infirmières de vos équipes pour participer à ce projet.

Que diriez-vous d'organiser cette rencontre pendant la semaine du 17 Août 2020 ?

Voici un lien DOODLE pour que vous y inscrivez vos disponibilités : [REDACTED]

Je vous confirmerai le moment précis de la rencontre le plus rapidement possible.

Dans l'attente de votre réponse, je demeure disponible pour répondre à toute question de votre part (voir mes coordonnées ci-dessous).

Au plaisir de votre rencontrer!

**Eugénie Loslier-Pellerin inf. B.Sc.**

Étudiante Maîtrise, Sciences infirmières, Université de Montréal

[REDACTED]  
Téléphone (cellulaire) : [REDACTED]

c.c. Sylvie Gendron, PhD

Directrice de recherche et professeure agrégée

[REDACTED]

**ANNEXE G - Formulaire d'information et de consentement pour les professionnelLEs exerçant  
des fonctions de gestion**

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT  
POUR LES PROFESSIONNEL(LE)S EXERÇANT DES FONCTIONS DE  
GESTION**

Modélisation de la pratique infirmière en santé sexuelle dans des services de première ligne auprès de jeunes âgés de 14 à 24 ans selon une perspective féministe intersectionnelle

Chercheur-étudiant : **Eugénie Loslier-Pellerin**, B.Sc.Inf., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Directeur de recherche : **Sylvie Gendron**, Ph.D., professeur agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Cette recherche est financée par une bourse du programme du Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur (MEES) - Université

No de projet au CERSES : *CERSES-20-018-D*

Vous êtes invitéE à prendre part à ce projet de recherche en tant que professionnelle exerçant des fonctions de gestion auprès d'infirmières de services de première ligne dans votre Clinique. Avant d'accepter d'y participer, s'il vous plait, veuillez lire, comprendre et considérer attentivement les renseignements détaillés dans ce document d'information.

Ce document vous informera du but, des méthodes de collecte des données, de votre engagement dans celles-ci, des avantages, inconvénients et risques liés à la participation dans ce projet, des responsabilités de l'équipe de chercheuses ainsi que des coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Je vous invite à m'adresser toute question concernant ce projet ou à me demander des précisions si des termes utilisés ou renseignements ne sont pas clairs. **Prenez tout le temps nécessaire pour lire ce document.** Votre participation à ce projet n'est en aucun cas obligatoire.

A. **RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS**

1. **Objectifs de la recherche**

La pratique infirmière sociale a le potentiel d'agir sur les inégalités sociales qui influencent les sexualités des jeunes âgés de 14 à 24 ans. Toutefois, aucune étude ne documente cette pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes.

Ce projet utilisera une perspective féministe intersectionnelle pour **décrire et modéliser la pratique infirmière dans des services de première ligne en santé sexuelle auprès de jeunes âgés de 14 à 24 ans.**

Le féminisme intersectionnel est une lentille d'analyse qui permet de comprendre les vecteurs (re)producteurs d'inégalités sociales sur lesquels peut agir la pratique infirmière. La modélisation qui résultera de cette recherche qualitative servira à se doter de repères cliniques pour contribuer au développement d'une pratique infirmière de promotion de la santé sexuelle et pour établir des pistes à adopter pour la formation infirmière en santé sexuelle des jeunes.

## 2. **Participation à la recherche**

Votre participation à cette recherche est volontaire et consistera à prendre part à un entretien individuel d'une durée de 45 à 60 minutes.

Cet entretien est semi-dirigé et prendra la forme d'une conversation, ce qui veut dire que vous aurez la liberté de répondre selon votre expérience et que je n'interviendrai que pour orienter notre échange par quelques questions ou pour clarifier les idées sur lesquelles j'aimerais vous entendre. Notre conversation se clôturera par quelques brèves questions sociodémographiques pour fins d'analyse seulement.

L'entretien portera sur trois thématiques : (1) votre pratique de gestion à la Clinique; (2) votre rôle auprès des équipes qui pratiquent en santé sexuelle auprès des jeunes; (3) à déterminer (la troisième thématique sera précisée une fois la collecte commencée).

En respect des directives sanitaires liées à la pandémie Covid-19, l'entretien se déroulera par vidéoconférence via la plateforme *ZOOM*. Le lien *ZOOM*, vous permettant d'accéder à la rencontre vous sera envoyé par courriel préalablement.

Le moment de l'entretien sera fixé à votre convenance (pendant ou en dehors des heures de travail). Lors de cet entretien, vous aurez en tout temps le choix de ne pas répondre à une question ou de mettre fin à la conversation.

Pour faciliter les analyses, je vous demanderai la permission de faire l'enregistrement vidéo (audiovisuel) de notre conversation. Cela me permettra de transcrire nos propos. L'enregistrement sera conservé sur une plateforme confidentielle *Web* de l'Université de Montréal. Une fois la transcription terminée et relue, l'enregistrement vidéo sera détruit. Si vous préférez ne pas enregistrer notre entretien, je prendrai des notes détaillées.

En tout temps, vous pouvez me demander de recevoir la copie écrite de notre entretien, qu'il s'agisse de la transcription que j'effectuerai ou des notes que je prendrai.

## 3. **Enregistrement audiovisuel**

Afin de faciliter l'analyse des données, acceptez-vous que notre entretien soit enregistré?

Oui  Non

#### 4. **Inconvénient et risques**

##### a. **Inconvénient**

L'inconvénient de participer à ce projet implique le temps que vous m'accorderez lors l'entretien individuel.

##### b. **Risques**

Concernant les risques liés à votre participation, étant donné le petit nombre de personnes travaillant dans cette clinique, même si aucune donnée personnelle ne sera divulguée dans les résultats, il se peut que vos idées soient reconnues par des collègues. Pour réduire ce risque, toutes les données, qu'elles soient collectées auprès des infirmières des deux milieux de soins ou auprès des gestionnaires, seront regroupées lors de l'analyse et la production des résultats. De plus, je prendrai le temps de vous solliciter pour revoir et ajuster avec vous les formulations dans mes résultats qui pourraient être susceptibles de vous identifier. La présentation préliminaire des résultats, en équipe, sera une occasion supplémentaire pour assurer que les résultats ne puissent vous créer de préjudice.

Par ailleurs, si vous énoncez des critiques à l'égard de la clinique, de vos supérieurEs ou de vos collègues, je retirerai celles-ci des données pour éviter tout risque de représailles. Si une critique énoncée ajoute de la richesse aux résultats, je vous rencontrerai pour discuter de la manière dont on pourrait reformuler les résultats. Je vérifierai ensuite votre accord à garder cette information dans mes résultats.

En tout temps, je respecterai la décision de retirer des informations de mes données et/ou résultats.

Enfin, bien que le nom de votre clinique ne soit pas divulgué, ni dans mon mémoire, ni lors de la diffusion des résultats, un risque perdure que la [REDACTED] soit identifiée comme milieu de cette recherche considérant son statut unique au Québec.

#### 5. **Avantages et bénéfices**

La participation à ce projet ne procure aucun avantage matériel. Toutefois, vous pourrez en retirer des bénéfices personnels par les réflexions que cette recherche stimulera sur votre pratique ou sur l'organisation des services dans votre Clinique. De plus, votre participation permettra de développer des connaissances qui ont pour visées d'améliorer la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes.

#### 6. **Confidentialité des renseignements recueillis**

Les informations et données recueillies tout au long de ce projet seront utilisées seulement pour ce projet et traitées en toute confidentialité. Le nom de la Clinique et sa ville de localisation ne seront pas nommés dans mon mémoire, ni divulgués dans les articles ou conférences présentant les résultats de ce projet.

La directrice du projet ainsi que l'étudiante-chercheuse seront les seules personnes qui auront accès aux données de la recherche, y incluant votre nom sur ce document et des données sociodémographiques personnelles.

Vous aurez le droit de demander accès à vos données de recherche (les vôtres seulement) pour les rectifier au besoin, et ce, jusqu'à ce que débutent les analyses.

L'ensemble des données collectées sera conservé pendant une période de sept ans après la fin du projet. Les données seront ensuite détruites; elles ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles prévues dans le cadre de cette recherche.

7. **Compensation**

Aucune compensation financière ne vous sera acheminée pour votre participation à ce projet.

8. **Participation volontaire et Droit de retrait**

Votre participation à cette recherche n'est pas obligatoire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer.

Vous pouvez également à tout moment faire le choix de vous retirer de ce projet sans qu'il y ait préjudice et sans fournir d'explication. À votre demande, si tel est le cas, vous pouvez m'en aviser verbalement ou par courriel; ou en faire part à ma directrice de recherche (voir coordonnées). Les données qui vous concernent seront alors détruites. Cependant, après le déclenchement du processus de publication, il sera impossible de détruire les résultats portant sur vos données.

9. **Responsabilité**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

10. **Diffusion des résultats**

Une rencontre sera organisée vers la fin des analyses pour présenter et discuter des résultats préliminaires de ce projet dans chacune des équipes qui participent à cette recherche. La première version de la modélisation de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes sera retravaillée suite à vos commentaires.

Les résultats finaux de ce projet seront ensuite présentés dans votre Clinique, selon des modalités qui seront décidées en collaboration (p.ex. résumés écrits, diaporamas, vidéos). Une affiche présentant des constats de ce projet de recherche pourra également être apposée à la [REDACTED], selon l'intérêt du milieu.

Enfin, les résultats seront également diffusés dans mon mémoire de maîtrise, dans un article scientifique ainsi que dans des conférences scientifiques à l'Université de Montréal et au moins dans un colloque infirmier au Canada.

Souhaitez-vous recevoir les publications écrites liées à ce projet de recherche?

OUI [ ] NON [ ]

Souhaitez-vous recevoir des informations relatives aux conférences scientifiques (date, lieux et résumé des présentations) portant sur ce projet de recherche?

OUI [ ] NON [ ]

Courriel pour communiquer ces informations avec vous :

11. **Personnes ressources**

Pour toute question relative à cette étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec une des deux personnes suivantes :

Étudiante-chercheure**Eugénie Loslier-Pellerin, B. Sc. Inf.**

Courriel : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Co-chercheure responsable - directrice de recherche**Sylvie Gendron, inf., Ph.D.**

Courriel : [REDACTED]

Téléphone: [REDACTED] poste [REDACTED]

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en Sciences et en Santé (CERSES) :

**Courriel :** [REDACTED]**Téléphone :** [REDACTED]**Site Web:**

<https://recherche.umontreal.ca/responsabilite-en-recherche/ethique-humaine/comites/cerses/#c70895>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au numéro de téléphone [REDACTED] de 9h à 17h ou en communiquant par courriel à l'adresse [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca) (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

**B) CONSENTEMENT****Déclaration du/de la participantE**

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurEs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Signature du/de la participantE : \_\_\_\_\_

Date :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom :

**Engagement de l'équipe de recherche**

- J'ai expliqué au participant les conditions de participation au projet de recherche.
- J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assurée de la compréhension du participant.
- Je m'engage, avec ma co-directrice de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Nom : Loslier-Pellerin Prénom : Eugénie

Signature de l'étudiante-chercheuse : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom : Gendron Prénom : Sylvie

Signature de la directrice de recherche: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**ANNEXE H - Formulaire d'information et de consentement pour les infirmières**

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LES INFIRMIÈRES OU INFIRMIERS

Modélisation de la pratique infirmière en santé sexuelle dans des services de première ligne auprès de jeunes âgés de 14 à 24 ans selon une perspective féministe intersectionnelle

Chercheur-étudiant : **Eugénie Loslier-Pellerin**, B.Sc.Inf., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal

Directeur de recherche : **Sylvie Gendron**, Ph.D., professeur agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Cette recherche est financée par une bourse du programme du Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur (MEES) - Université

No de projet au CERSES : *CERSES-20-018-D*

Vous êtes invitéE à prendre part à ce projet de recherche en tant qu'infirmière ou infirmier. Avant d'accepter d'y participer, s'il vous plait, veuillez lire, comprendre et considérer attentivement les renseignements détaillés dans ce document d'information.

Ce document vous informera du but, des méthodes de collecte des données, de votre engagement dans celles-ci, des avantages, inconvénients et risques liés à la participation dans ce projet, des responsabilités de l'équipe de chercheuses ainsi que des coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Je vous invite à m'adresser toute question concernant ce projet ou à me demander des précisions si des termes utilisés ou renseignements ne sont pas clairs. **Prenez tout le temps nécessaire pour lire ce document.** Votre participation à ce projet n'est en aucun cas obligatoire.

### A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

---

## 1. Objectifs de la recherche

La pratique infirmière peut agir sur des inégalités sociales qui influencent les sexualités des jeunes âgés de 14 à 24 ans. Toutefois, aucune étude ne documente la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes.

Ce projet utilisera une perspective féministe intersectionnelle **pour décrire et modéliser la pratique infirmière dans des services de première ligne en santé sexuelle auprès de jeunes âgés de 14 à 24 ans.**

Le féminisme intersectionnel est une lentille d'analyse qui permet de comprendre les vecteurs (re)producteurs d'inégalités sociales sur lesquels peut agir la pratique infirmière. La modélisation qui résultera de cette recherche qualitative servira à se doter de repères cliniques pour contribuer au développement d'une pratique infirmière de promotion de la santé sexuelle et pour établir des pistes à adopter pour la formation infirmière en santé sexuelle des jeunes.

## 2. Participation à la recherche

Votre participation à cette recherche est volontaire et consistera à prendre part à deux entretiens semi-dirigés qui me permettront d'explorer votre expérience de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes.

Les deux entretiens prendront la forme de conversations qui dureront environ 60 minutes. Cela signifie que vous aurez la liberté de répondre selon votre expérience. Je n'interviendrai que pour orienter notre échange par quelques questions ou pour clarifier les idées sur lesquelles j'aimerais vous entendre.

Pour le premier entretien, notre conversation se clôturera par quelques brèves questions sociodémographiques pour fins d'analyse seulement. Celui-ci portera sur deux thématiques : (1) vos motivations à pratiquer à la Clinique; ainsi que (2) sur votre pratique infirmière auprès des jeunes. Le deuxième, s'organisera, plus tard au mois de novembre ou décembre et fera un retour sur notre première conversation afin de préciser certains éléments de votre pratique.

En respect des directives sanitaires liées à la pandémie Covid-19, les entretiens se dérouleront par vidéoconférence via la plateforme ZOOM. Le lien ZOOM, vous permettant d'accéder aux rencontres vous sera envoyé par courriel préalablement.

Les moments des entretiens seront fixés à votre convenance (pendant ou à en dehors des heures de travail). Lors des entretiens, vous aurez en tout temps le choix de ne pas répondre à une question ou de mettre fin à la discussion.

Pour faciliter les analyses, je vous demanderai la permission d'enregistrer la vidéo de nos conversations. Cela me permettra de transcrire nos propos. Les enregistrements seront conservés sur une plateforme confidentielle *web* de l'Université de Montréal. Une fois la transcription terminée et vérifiée, l'enregistrement vidéo sera détruit. Toutefois, si vous préférez ne pas enregistrer notre entretien, je prendrai des notes détaillées.

En tout temps, vous pouvez me demander de recevoir la copie écrite de notre entretien, qu'il s'agisse de la transcription que j'effectuerai ou des notes que je prendrai.

### **3. Enregistrement audiovisuel**

Afin de faciliter l'analyse des données, acceptez-vous que notre entretien soit enregistré?

Oui  Non

### **4. Inconvénients et risques**

#### **a) Inconvénients**

L'inconvénient de participer à ce projet implique le temps que vous m'accorderez lors des entretiens individuels.

#### **b) Risques**

Concernant les risques liés à votre participation, étant donné le petit nombre de personnes travaillant dans cette clinique, même si aucune donnée personnelle ne sera divulguée dans les résultats, il se peut que vos idées soient reconnues par des collègues. Pour réduire ce risque, toutes les données, qu'elles soient collectées auprès des infirmières des deux milieux de soins ou auprès des gestionnaires, seront regroupées lors de l'analyse et la production des résultats. De plus, je prendrai le temps de vous solliciter pour revoir et ajuster avec vous les formulations dans mes résultats qui pourraient être susceptibles de vous identifier. La présentation préliminaire des résultats, en équipe, sera une occasion supplémentaire pour assurer que les résultats ne puissent vous créer de préjudice.

Par ailleurs, si vous énoncez des critiques à l'égard de la clinique, de vos supérieurEs ou de vos collègues, je retirerai celles-ci des données pour éviter tout risque de représailles. Si une critique énoncée ajoute de la richesse aux résultats, je vous rencontrerai pour discuter de la manière dont on pourrait reformuler les résultats. Je vérifierai ensuite votre accord à garder cette information dans mes résultats.

En tout temps, je respecterai la décision de retirer des informations de mes données et/ou résultats.

Enfin, bien que le nom de votre clinique ne sera pas divulgué, ni dans mon mémoire; ni lors de la diffusion des résultats, un risque perdure que la [REDACTED] soit identifiée comme milieu de cette recherche considérant son statut unique au Québec.

## **5. Avantages et bénéfices**

La participation à ce projet ne procure aucun avantage matériel. Toutefois, vous pourrez en retirer des bénéfices personnels par les réflexions que cette recherche stimulera sur votre pratique professionnelle. De plus, votre participation permettra de développer des connaissances qui ont pour visées d'améliorer la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes.

## **6. Confidentialité des renseignements recueillis**

Les informations et données recueillies tout au long de ce projet seront utilisées seulement pour ce projet et traitées en toute confidentialité. Le nom de la Clinique et sa ville de localisation ne seront pas nommés dans mon mémoire, ni divulgués dans les articles ou conférences présentant les résultats de ce projet.

La directrice du projet ainsi que l'étudiante-chercheuse seront les seules personnes qui auront accès aux données de la recherche, y incluant votre nom sur ce document et des données sociodémographiques personnelles.

Vous aurez le droit de demander accès à vos données de recherche (les vôtres seulement) pour les rectifier au besoin, et ce, jusqu'à ce que débutent les analyses.

L'ensemble des données collectées sera conservé pendant une période de sept ans après la fin du projet. Les données seront ensuite détruites; elles ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles prévues dans le cadre de cette recherche.

## **7. Compensation**

Aucune compensation financière ne vous sera acheminée pour votre participation à ce projet.

## **8. Participation volontaire et Droit de retrait**

Votre participation à cette recherche n'est pas obligatoire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer.

Vous pouvez également à tout moment faire le choix de vous retirer de ce projet sans qu'il y ait préjudice et sans fournir d'explication. À votre demande, si tel est le cas, vous pouvez m'en aviser verbalement ou par courriel; ou en faire part à ma directrice de recherche (voir coordonnées). Les données qui vous concernent seront alors revues et détruites si vous le souhaitez. Cependant, après le déclenchement du processus de publication, il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

## 9. Responsabilité

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

## 10. Diffusion des résultats

Une rencontre sera organisée vers la fin des analyses pour présenter et discuter des résultats préliminaires de ce projet dans chacune des équipes qui participent à cette recherche. La première version de la modélisation de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes sera retravaillée suite à vos commentaires.

Les résultats finaux de ce projet seront ensuite présentés dans votre Clinique, selon des modalités qui seront décidées en collaboration (p.ex. résumés écrits, diaporamas, vidéos). Une affiche présentant des constats de ce projet de recherche pourra également être apposée à la [REDACTED] selon l'intérêt du milieu.

Les résultats seront également diffusés dans mon mémoire de maîtrise, dans un article scientifique ainsi que dans des conférences scientifiques à l'Université de Montréal et au moins dans un colloque infirmier au Canada.

Souhaitez-vous recevoir les publications écrites liées à ce projet de recherche?

OUI [ ] NON [ ]

Souhaitez-vous recevoir des informations relatives aux conférences scientifiques (date, lieux et résumé des présentations) portant sur ce projet de recherche?

OUI [ ] NON [ ]

Courriel pour communiquer ces informations avec vous : \_\_\_\_\_

## 11. Personnes ressources

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec une des deux personnes suivantes :

### Étudiante-chercheuse

**Eugénie Loslier-Pellerin, B. Sc. Inf.**

Courriel : [REDACTED]

Téléphone (personnel) : [REDACTED]

### Co-chercheuse responsable - directrice de recherche

**Sylvie Gendron, inf., Ph.D.**

Courriel : [REDACTED]

Téléphone (bureau) : [REDACTED] poste [REDACTED]

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en Sciences et en Santé (CERSES) :

**Courriel :** [REDACTED]

**Téléphone :** [REDACTED]

**Site Web:**

<https://recherche.umontreal.ca/responsabilite-en-recherche/ethique-humaine/comites/cerses/#c70895>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au numéro de téléphone [REDACTED] de 9h à 17h ou en communiquant par courriel à l'adresse [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca) (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

**B) CONSENTEMENT**

---

**Déclaration du/ de la participantE**

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurEs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Signature du/de la participantE : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

**Engagement de l'équipe de recherche**

- J'ai expliqué au participant les conditions de participation au projet de recherche.
- J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assuré de la compréhension du participant.
- Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.
- Je vérifierai régulièrement l'accord de la participante pour poursuivre ou non sa participation à la recherche, et assurer un consentement libre, volontaire, informé et continue.

Nom : Loslier-PellerinPrénom : Eugénie

Signature de l'étudiante-chercheure : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom : GendronPrénom : Sylvie

Signature de la directrice de recherche: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**ANNEXE I - Premier guide d'entretien avec les infirmières**

## **La pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes de 14 à 24 ans selon une perspective féministe intersectionnelle**

### **Guide d'entretien avec les infirmières pratiquant en santé sexuelle**

#### **Introduction:**

Je suis très heureuse que vous ayez accepté de participer à cet entretien. Je vous remercie à nouveau du temps que vous m'accordez. Depuis les dernières semaines d'observation, j'ai pu avoir un bel aperçu de la pratique infirmière. Tel que nous en avons déjà discuté, cet entretien vise à explorer plus en profondeur VOTRE expérience de la pratique infirmière. Il me permettra de préciser et compléter les données déjà collectées.

#### **Sonder l'expérience et le degré d'aisance des participantEs :**

Est-ce la première fois que vous participez à un entretien pour un projet de recherche? Est-ce que vous savez comment un tel entretien se déroule? Comment vous sentez-vous?

#### **Préciser le déroulement de l'entretien :**

Tel que précisé dans le document d'information et de consentement que je vous ai déjà remis, l'entretien que je souhaite réaliser avec vous ressemble à une conversation où je prendrai tout mon temps pour vous écouter attentivement. J'aurai quelques questions qui m'aideront à explorer vos motivations à pratiquer à [REDACTED] ainsi que vos rencontres avec les jeunes. Celles-ci seront assez ouvertes pour vous laisser toute la latitude nécessaire pour me faire part de vos idées et de votre expérience. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. N'hésitez surtout pas à me partager tout ce qui vous semble intéressant. N'hésitez pas non plus à me demander des précisions, pour clarifier mes interventions.

Il se pourrait que je prenne quelques notes pendant la rencontre. Celles-ci m'aideront à noter des idées sur lesquelles j'aimerais revenir, sans vous interrompre dans votre élan. L'entretien devrait durer plus ou moins 1 heure. Avec votre permission, je vais enregistrer notre conversation pour transcrire notre propos.

#### **Finaliser l'obtention du consentement éclairé :**

Avant de débiter, j'aimerais que l'on revienne au formulaire d'information et de consentement.

*Regarder ensemble chaque section et assurer que le consentement signé demeure valide pour la personne.*

Avez-vous des questions et/ou commentaires par rapport à cet entretien?

Est-ce que cela vous convient toujours?

Puis-je débiter l'enregistrement?

Entretien semi-dirigé avec les infirmières		Code participant :	
Thèmes	Question principale	Éléments à aborder et sous-questions	Notes cursives
Thème : Motivations RT : finalité, évolutions	<p><i>Cela fait maintenant xx semaines que nous avons fait connaissance. J'en profite aujourd'hui pour encore mieux vous connaître...</i></p> <p><b>J'aimerais savoir : pourquoi avoir choisi de travailler avec les jeunes en santé sexuelle à [REDACTED] ? Ou... Pourquoi avoir choisi de à travailler à [REDACTED] ?</b></p>	<p>Expériences antérieures</p> <p>Motivations</p> <p>Particularités</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de travailler à [REDACTED] ?</li> <li>- de travailler auprès des jeunes en santé sexuelle (SS) ?</li> </ul> <p>Est-ce qui qu'il y a eu des changements dans votre pratique depuis vos débuts... à [REDACTED] ? « Si oui, pouvez-vous me donner un exemple ? »</p>	
Thème : Rencontre avec les jeunes RT : finalité, activités, structure,	<p><i>J'étais présente pendant plusieurs de vos rencontres avec des jeunes, et j'ai pu observer; mais pour mieux comprendre... je me demandais...</i></p> <p><b>Quels sont vos trucs pour intervenir auprès des jeunes ? pour développer un lien avec ces jeunes ?</b></p>	<p>« D'où viennent ces trucs ? »</p> <p>« Qu'est-ce qui selon-vous influence le plus la manière dont vous intervenez auprès des jeunes en SS ? »</p> <p>« Est-ce qu'il y a des jeunes avec qui c'est plus difficile d'intervenir ? »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pourquoi ?</li> <li>- Qu'est-ce que vous faites pour que ça soit plus facile ?</li> </ul> <p>« Pouvez-vous raconter une rencontre qui s'est particulièrement bien passée dans les trois derniers mois ? »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ce qui s'est passé;</li> <li>- Ce qui était visé;</li> <li>- Ce qui a aidé; Ce qui a nuit (p.ex. : outils, contexte).</li> <li>- Émotions ressenties;</li> </ul> <p>« Pouvez-vous me raconter une rencontre qui s'est moins bien passée dans les trois derniers mois ? »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ce qui s'est passé;</li> <li>- Ce qui était visé;</li> <li>- Ce qui a aidé; Ce qui a nuit. (p.ex. : outils, contexte);</li> <li>- Émotions ressenties;</li> </ul>	

### **Informations sociodémographiques**

Avant de terminer cet entretien, j'aimerais vous poser quelques questions qui m'aideront à affiner l'analyse de mes données. Vous pouvez refuser de répondre aux questions de votre choix.

1. **Quelles sont vos expériences de travail antérieures, c'est-à-dire avant celle à la clinique jeunesse ?** Expériences de travail :
2. **Avez-vous reçu des formations particulières portant sur les sexualités en générale ?**
3. **Avez-vous reçu des formations particulières portant sur les sexualités des jeunes plus particulièrement ?**
4. **Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?**  
20 - 30 ans [ ] 30-39 ans [ ] 40-49 ans [ ] 50 ans et plus [ ]
5. **Si vous êtes à l'aise de me le dire, comment définissez-vous votre identité sexuelle ?**
6. **Pratiquez-vous une religion ? Si oui, laquelle?**

**Conclusion**

L'entretien tire à sa fin. De mon côté, je n'ai plus de question à vous poser. Auriez-vous quelque chose à ajouter?...  
Je vous remercie encore une fois pour cet entretien qui m'aidera certainement à mieux comprendre votre pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes dans des services de première ligne.

**Notes cursives de fin d'entrevue (Observations du déroulement et réflexions)**

**ANNEXE J - Guide d'entretien avec les professionnelLEs exerçant des fonctions de gestion**

## **La pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes de 14 à 24 ans selon une perspective féministe intersectionnelle**

### **Guide d'entretien avec les professionnels exerçant des fonctions de gestion**

#### **Introduction :**

Je suis très heureuse que vous ayez accepté de participer à cet entretien. Je vous remercie à nouveau du temps que vous m'accordez. Depuis le début de la collecte de données, j'ai pu avoir un bel aperçu de la pratique infirmière. Tel que nous en avons déjà discuté, cet entretien vise à explorer d'autres dimensions de la pratique infirmière de votre point de vue de gestionnaire. Il me permettra de préciser et compléter les données déjà collectées et surtout de mieux comprendre l'environnement de la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes, dans votre organisation.

#### **Sonder l'expérience et le degré d'aisance des participantEs :**

Est-ce la première fois que vous participez à un entretien pour un projet de recherche? Est-ce que vous savez comment un tel entretien se déroule? Comment vous sentez-vous?

#### **Préciser le déroulement de l'entretien :**

Tel que précisé dans le document d'information et de consentement que je vous ai déjà remis, l'entretien que je souhaite réaliser avec vous ressemble à une conversation où je prendrai tout mon temps pour vous écouter attentivement. J'aurai quelques questions qui m'aideront à explorer votre pratique de gestion à la clinique ainsi que votre rôle auprès des équipes qui font de la santé sexuelle auprès des jeunes. Celles-ci seront assez ouvertes pour vous laisser toute la latitude nécessaire pour me faire part de vos idées et de votre expérience. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. N'hésitez surtout pas à me partager tout ce qui vous semble intéressant. N'hésitez pas non plus à me demander des précisions, pour clarifier mes interventions.

Il se pourrait que je prenne quelques notes pendant la rencontre. Celles-ci m'aideront à noter des idées sur lesquelles j'aimerais revenir, sans vous interrompre dans votre élan. L'entretien devrait durer plus ou moins 1 heure. Avec votre permission, je vais enregistrer notre conversation pour transcrire notre propos.

#### **Finaliser l'obtention du consentement éclairé :**

Avant de débiter, j'aimerais que l'on revienne au formulaire d'information et de consentement.

*Regarder ensemble, une section à la fois; signer ensemble; et donner une copie à la personne*

Avez-vous des questions et/ou commentaires par rapport à cet entretien?

Est-ce que cela vous convient toujours?

Puis-je débiter l'enregistrement?

Entretien semi-dirigé avec gestionnaires		Code participantE :	
Thèmes	Question principale	Éléments à explorer et sous-questions	Notes cursives
Thèmes : Gestion à la RT : environnement	<p><i>Comme vous le savez, cela fait quelques semaines que j'observe la pratique infirmière en santé sexuelle dans les équipes de soins avec qui vous travaillez. J'aimerais maintenant mieux comprendre, comment fonctionne la gestion à [REDACTED]; en particulier.</i></p> <p><b>À quoi ressemble votre pratique de gestionnaire à [REDACTED] ?</b></p>	<p>Si vous pensez à vos derniers mois de travail, quelles ont été vos occupations principales...?</p> <p>Particularités de la gestion au sein de [REDACTED]</p> <p>Mandats (des gestionnaires)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- qui décide de ces mandats ?</li> </ul> <p>Fonctionnement du processus décisionnel à [REDACTED]</p> <p>« Par exemple, vous aimeriez offrir une nouvelle formation à des infirmières en clinique jeunesse. Comment procédez-vous? »</p> <p>Liens avec la communauté de [REDACTED]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- population; organismes communautaires.</li> </ul>	
Thème : Rôle auprès des équipes de soins RT : environnement et évolution	<p><i>Maintenant que je comprends mieux comment la gestion s'organise à la [REDACTED] j'aimerais que l'on discute plus spécifiquement de votre rôle auprès des équipes infirmières qui pratiquent en santé sexuelle auprès des jeunes.</i></p> <p><b>Pour vous, quel est ce rôle? Quels ont été vos engagements auprès de ces équipes?</b></p>	<p>« Est-ce que ce rôle est le même entre les deux équipes de soins? »</p> <p>Interventions auprès des équipes de soins en santé sexuelle.</p> <p>« J'aimerais que vous pensiez à une situation, où vous avez eu à intervenir auprès d'une de ces équipes. Pouvez-vous me raconter comment ça s'est passé ? » (Quoi? Comment? Avec qui?).</p> <p>Avez-vous un projet que vous aimeriez réaliser pour soutenir le développement de la pratique infirmière en santé sexuelle? Qu'est-ce qui vous aiderait à réaliser ce projet?</p>	
Thème : précisions sur des éléments de l' OP	<p><b>Je me suis entretenue avec d'autres participantEs de ce projet au courant des dernières semaines. J'aimerais en savoir davantage sur [REDACTED].</b></p>	<p>Explorer : contexte actuel et historique, organisations des soins, politiques, collaborations établies au sein de [REDACTED] ou avec d'autres partenaires.</p>	

### Informations sociodémographiques

Juste avant de terminer cet entretien, j'aimerais vous poser quelques questions qui m'aideront à affiner l'analyse de mes données. Vous pouvez refuser de répondre aux questions de votre choix.

1. Depuis combien de temps exercez-vous ces fonctions de gestion à [REDACTED] ?
2. Quelles sont vos expériences de travail antérieures, c'est-à-dire avant votre poste de gestionnaire ?
3. Avez-vous reçu des formations particulières portant sur les sexualités en générale? Si oui, lesquelles?
4. Avez-vous reçu des formations particulières portant sur les sexualités des jeunes plus particulièrement? Si oui, lesquelles?
5. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?  
20-29 ans [ ] 30-39 ans [ ] 40-49 ans [ ] 50 ans et plus [ ]
6. Pratiquez-vous une religion? Si oui, laquelle?
7. Si vous êtes à l'aise de me le dire, comment définissez-vous votre identité sexuelle?

### **Conclusion**

L'entretien tire à sa fin. De mon côté, je n'ai plus de question à vous poser. Auriez-vous quelque chose à ajouter?... Je vous remercie encore une fois pour cet entretien qui m'aidera certainement à mieux comprendre le contexte dans lequel se déploie la pratique infirmière en santé sexuelle auprès des jeunes dans des services de première ligne.

### **Notes cursives de fin d'entrevue (Observations du déroulement et réflexions)**

**ANNEXE K - Exemple de résumé du premier entretien avec les IP**

## **Résumé de l'entretien<sup>24</sup> du : (Date de l'entretien)**

### **Tes motivations**

Cela fait maintenant (*années d'expérience de travail*) que tu travailles au Csc. Auparavant, tu pratiquais en (*milieu de pratique*) et ce sont tes suivis dans ce service, qui ont éveillé ton intérêt pour travailler avec les jeunes. Tu as donc fait par la suite le saut à la Clinique Jeunesse pour rencontrer de nouveaux défis et intervenir davantage avec la clientèle adolescente qui te garde dans l'actualité.

Le Csc dessert une population défavorisée qui te touche beaucoup. Tu t'impliques d'ailleurs dans le projet (*nom et but du projet*) parce que (*raisons*).

Autrement, le Csc a comme particularité (*particularités du milieu nommées par l'IP*).

### **Tes rencontres avec les jeunes**

À priori, les jeunes te consultent surtout pour des questions physiques : (*enjeux de consultations*) Elles et ils ont toutefois plusieurs autres besoins. Tu profites donc des consultations pour (*activités soulevées par l'IP*). Au travers tes activités, liées au dépistage ou à la contraception, plusieurs interventions sont davantage relationnelles. Tu (*activités relationnelles nommées par l'IP*). L'attitude que tu adoptes est d'ailleurs centrale à tes interventions, par exemple tu (*exemple d'une situation racontée*). Tu as également plusieurs trucs pour intervenir. Notamment, tu (*trucs identifiés par l'IP*). De plus, tu (*autres trucs nommés par l'IP*).

Tes interventions ont plusieurs visées. Ainsi, tout en satisfaisant ton rôle de santé publique. Tu cherches à (*visées nommées par l'IP*) et à créer un lien. Un lien qui est pour toi, très important pour (*raison de l'importance du lien*) et pour (*autre raison nommée*).

Tu te sens très à l'aise d'intervenir lors (*situation nommée par l'IP*). Certaines situations viennent toutefois te chercher davantage. Par exemple, (*situations racontées par l'IP*). Tu trouves difficile de (*autre situation racontée par l'IP*). C'est également parfois un défi de devoir (*défi nommé par l'IP*). (*éléments facilitateurs identifiés par l'IP*) sont des éléments qui t'aident à faire face aux situations plus prenantes.

Enfin, si tu avais à perfectionner certains aspects de ta pratique, tu aimerais (*élément que l'IP aimerait perfectionner*) qui sont pour toi des sujets plus délicats au sein de ta pratique.

---

<sup>24</sup> Afin de préserver la confidentialité des IP, ce résumé a été conçu à titre d'exemple inspiré des résumés faits des premiers entretiens auprès des IP.

**ANNEXE L - Guide d'entretien pour les deuxièmes entretiens avec les IP**

Entretien semi-dirigé avec les infirmières		Code participant :	
Thèmes	Question principale	Éléments à aborder et sous-questions	Notes cursives
Thème : Retour sur le premier entretien	<p>Quelles sont tes impressions du résumé que je t'ai envoyé ?</p> <p>Depuis notre dernier entretien est-ce qu'il y a une situation/ou quelque chose en particulier que tu aimerais me partager concernant ta pratique en santé sexuelle auprès des jeunes?</p>	<p>Est-ce qu'il représente bien notre dernière conversation selon toi ?</p> <p>Est-ce qu'il y a des éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- À ajouter?</li> <li>- À préciser?</li> <li>- À enlever?</li> </ul> <p>Est-ce qu'il y a d'autres éléments sur lesquels tu aimerais revenir?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quoi? Comment?</li> <li>- Pourquoi c'est important dans ta pratique?</li> </ul>	
Thème : la pratique face aux réalités plurielles des	<p><i>Tu m'as parlé que tu (exemple raconté par l'IP) pour adapter ta pratique auprès de chaque jeune ? Est-ce qu'il y a d'autres éléments que tu adaptes en fonction de chaque jeune?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pourquoi? Quelles sont tes intentions?</li> <li>- Pourrais-tu me raconter une situation? Ou me donner un exemple?</li> </ul>	
Thème : retour sur le rôle auprès des jeunes	<p><i>Tu m'as parlé de ton rôle auprès des jeunes que tu définissais comme (utiliser les termes l'IP).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'est-ce que tu voulais dire ?</li> </ul> <p><i>Tu m'as nommé plusieurs situations pour de santé sexuelle que tu abordes avec les jeunes (exemples mentionnées par l'IP dans la rencontre 1).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce qu'il y a d'autres situations avec la santé sexuelle que tu abordes ? Lesquelles?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pourquoi as-tu utilisé ce terme ?</li> <li>- Qu'est-ce qui est central à ce rôle ?</li> </ul>	

**ANNEXE M - Extraits d'entrées du journal de bord**

5 Août 2020

#### Ce que je fais

- Rencontre *Zoom* avec ma directrice de recherche :
  - nouvel échéancier étant donné le nouveau départ de mon projet.
  - méthode de collecte des données considérant les mesures sanitaires.
- Je fais quelques ajustements de la lettre de sollicitation pour la rencontre avec les gestionnaires. J'y explique la raison de l'arrêt de ma recherche (pandémie). Lien DOODLE joint à la lettre.
- Envoie de la lettre à [REDACTED] pour qu'elle soit transmise à l'équipe de coordination de l'équipe jeunesse.

#### Comment je me sens

- Je suis particulièrement motivée par ce nouveau départ. La relecture de mon mémoire me remet dans le bain. Mon travail me parle beaucoup.

24 septembre 2020

#### Rencontre de sollicitation des personnes exerçant des fonctions de gestion

Personnes présentes :

[REDACTED]  
[REDACTED]

Informations clés à retenir :

#### Sollicitation des personnes exerçant des fonctions de gestions

- [REDACTED] ont démontré un intérêt pour participer à un entretien en tant que professionnel exerçant des fonctions de gestion. Les deux exercent des fonctions de gestion différentes. [REDACTED] est plus dans la gestion alors que [REDACTED] intervient davantage sur les questions *nursing*. Nous sommes d'accord qu'il serait intéressant que les deux participent pour avoir différentes perspectives de la pratique infirmière.
- Nous convenons que je leur ferai parvenir le formulaire d'information et de consentement par courriel à titre indicatif pour réfléchir à leur participation au projet.
- Nous convenons que je les contacterai d'ici deux-trois semaines pour vérifier leur intérêt et fixer un moment pour un entretien semi-dirigé individuel.

#### Concernant la sollicitation des infirmières pour participer au projet de recherche

Clinique jeunesse : Il n'y aura pas de réunion d'équipe prochainement donc on m'a suggéré de communiquer avec elles directement par courriel pour que je puisse éventuellement les rencontrer.

- [REDACTED] me fournira leurs courriels pour que je puisse les contacter et les inviter à me rencontrer.

\*\*\* RÉFLEXION : Lorsque j'aurai un moment avec elles en individuel, je vais m'assurer que leur consentement soit libre et éclairé; qu'elles ne sentent pas la pression de leur supérieur et qu'elles ont eu accès aux bonnes informations.

Soins courants : Les jeunes qui se présentent pour la santé sexuelle sont principalement rencontrés le soir. L'infirmière régulière qui fait cette plage horaire est présentement absente. Elle sera de retour en octobre voire mi-octobre. On m'a donc suggéré d'attendre avant d'approcher les infirmières des soins courants pour solliciter leur participation.

#### Comment je me sens

- J'ai senti une belle ouverture des personnes rencontrées. Un accueil chaleureux ce qui a facilité mon aisance à discuter avec elle et lui.
- À plusieurs reprises lorsque j'adressais mes questions sur ce qui était faisable on m'a référé à [REDACTED] l'infirmière de la Clinique jeunesse. Je suis surprise de voir que l'infirmière a autant de pouvoir décisionnel.

#### Ce que je fais juste après la rencontre

- Envoi du FIC à [REDACTED]. Je précise qu'ils ne sont pas obligés de participer au projet malgré leur intérêt démontré.

31 octobre 2020

#### Ce que je fais

- J'installe Express Scribe sur mon ordinateur.
- Début de la transcription. Je m'approprie vite le logiciel de transcription que j'ai déjà utilisé.

#### Déroulement transcription

- Je transcris seulement la bande audio pour le moment car ça me permet d'aller plus vite en écoutant seulement. Lorsque je relierai mon document de transcription je regarderai la vidéo pour ajouter à la transcription les réactions de la participante ainsi que les miennes.
- J'écris entre [] les silences, hésitations, moments de réflexions, malaises.
- Je note en marge certaines réflexions comme : des idées qui reviennent souvent, des questions que j'aurais pu poser ou formuler autrement. J'écris également, lorsque je posais des sous questions quelles étaient mes intentions.

#### Note réflexive - méthodologie

- Je trouve que c'est facilitant de commencer la transcription aussi rapidement après l'entretien parce que j'ai encore en tête certains passages, certaines réactions qui me sont plus facile à identifier. Ça me permet d'affiner ma compréhension de la conversation.

8 et 9 janvier 2021

#### Ce que je fais

- Transcription du deuxième entretien [REDACTED]. Fin de l'ensemble des entretiens.

\*\*\*Mes réflexions :

- Je trouve la participante particulièrement à l'aise. Je pense que la pratique infirmière féministe a davantage été abordée et plus en profondeur.
- Il était plus facile pour la participante de me parler des jeunes que de sa pratique.

**ANNEXE N - Extrait du lexique de codage**

## Codages génériques – composantes de la pratique infirmière

### Structure

- Savoirs : qui réfèrent aux savoirs qui peuvent être de différents modes : empiriques, sociopolitiques, émancipatoires, expérientiels. Ces savoirs regroupent des ensembles de connaissances;
- Relation : qui se rapporte au lien entre les acteurs vivants de la structure; entre les personnes, équipes et organisations;
- Attitude : manière d'être de l'infirmière, disposition psychologique dans ses interactions avec les autres acteurs vivants de la structure;
- Émotions : sentiments/émotions vécues par l'infirmière qui pratique;
  - Mots-Clés : malaises, inquiétudes, satisfactions, stress, frustrations, craintes;
- Matériel/outil : ce qui est utilisé pour effectuer/soutenir les activités de la pratique;
  - Mots-clés : grilles d'évaluation, condoms, spéculum, miroir, sites internet, documentations;
- Acteurs non vivant autres : tout ce qui est mobilisé dans les rapports entre les infirmières et les jeunes et qui ne fait pas parti des acteurs non vivant déjà identifiés;
- Jeunes : les jeunes qui consultent, leurs amiEs et membres de leur famille
  - Enjeux : enjeux/difficultés/questionnements de santé vécus par les jeunes et abordés au sein de la pratique infirmière;
    - Mots-clés : symptômes d'itss, agression sexuelle, questionnement sur l'identité sexuelle;
  - Histoire et caractéristiques : qui se rapporte à l'histoire de santé des jeunes et tout ce qui façonne les identités et les sexualités des jeunes;
- Infirmière : qui se rapporte à l'infirmière;
  - Mots clés : valeurs, intérêts, traits de personnalité, expériences personnelles et professionnelles
- Autres professionnelLEs : Autres professionnelLEs qui dans certaines situations structurent la pratique infirmière;

**ANNEXE O - Extrait du matériel de recherche regroupé pour un code**

## Search in: DOCUMENT

### Codes: globalité

#### Patterns identifiés au sein du matériel regroupé :

Ces passages expriment une conception de la santé : multidimensionnelle et complexe. Elle implique notamment : le physique, l'émotionnel, le relationnel, la santé mentale, le social. Remarquons que beaucoup d'espace est donné à la santé mentale.

Il y a également l'expression d'agir sur cette globalité. Ainsi, au travers leur regard porté sur la santé des jeunes, les infirmières expriment leur volonté de considérer cette globalité au sein de leur pratique.

Beaucoup d'importance semble être accordée à cette conception de la santé. Cela semble donner un sens à leur pratique : elles peuvent ainsi agir à la source des problèmes, aider davantage, offrir un soutien qui soit plus complet. Leur pratique prend ainsi un ancrage différent auprès des jeunes, qui implique une profondeur plus durable peut-être?

Ce regard multidimensionnel porté sur la santé, semble avoir été acquis au travers leurs expériences personnelles et professionnelles et est encouragé par leur milieu de pratique.

#### Matériel de recherche :

**CASE:** [REDACTED]

EC : qu'est-ce que ça a pour toi de particulier la [REDACTED] comme milieu de pratique ?

P : C'est VRAIMENT une vision plus globale du patient [hoche légèrement de la tête]

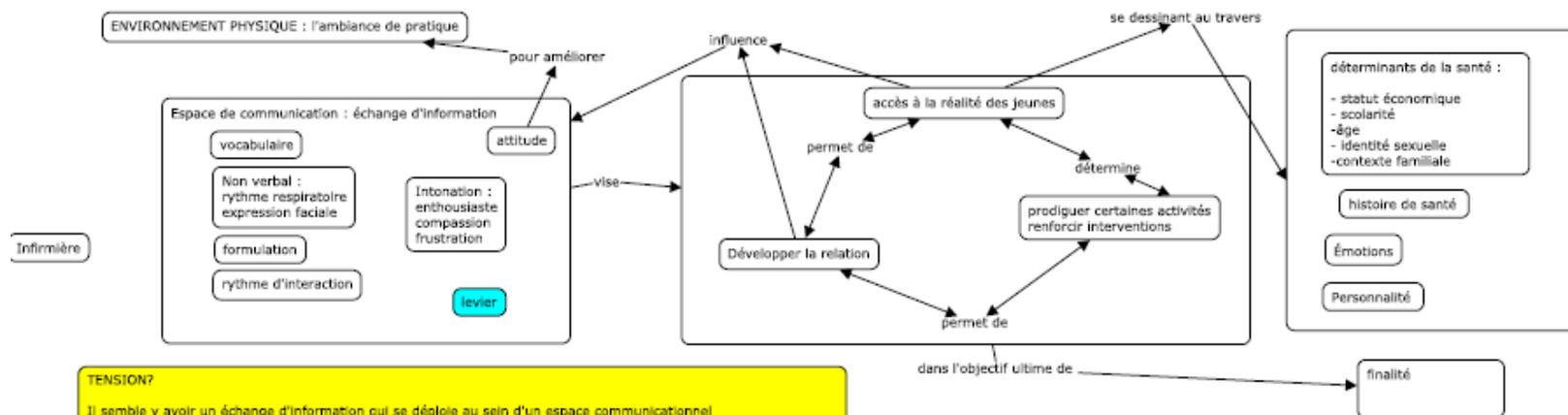
**CASE:** [REDACTED]

exemple dans j'ai fait d'autres CLSC aussi là, c'est très concentré sur le problème ici et maintenant. Donc tu fais un soin de plaie, tu fais un soin de plaie [mouvement de la tête signifiant « c'est comme ça »]. Tu te préoccupes moins de son diabète et de son insuffisance artérielle [mouvement d'alternance de la tête] et... je trouve que beaucoup de CLSC t'as 15 minutes pour faire le pansement pis that's it...[hoche légèrement la tête, expression « c'est comme ça » t'a rien à dire] t'as pas le temps d'évaluer d'autres chose tandis qu'à la [REDACTED] MOI en tout cas, au départ là, c'était vraiment que j'avais un peu plus de temps pour faire mes soins donc j'avais le temps d'évaluer plus GLOBALEMENT le patient. J'avais beau faire un soin de plaie mais... si son diabète est tout débalancé ça guérira pas en?... donc on joue, on... on... on fait revenir souvent le patient [hoche légèrement la tête appuyant ce qui est dit] pour ÉVALUER d'autres problématiques [hoche légèrement la tête, expression « c'est comme ça » t'a rien à dire] reliées aussi à sa plaie ou à....

**CASE:** [REDACTED]

Équipe Jeunesse... Équipe jeunesse bin c'est ÇA c'est vraiment des suivis, on peut prendre plus de temps aussi, on va regarder plus aussi, santé mentale. Quand qu'on... je vois une patiente pour contraception exemple bin je me retrouve à faire un test de grossesse à lui donner la contraception d'urgence, évaluer un peu l'état psychologique et mental c'est très large [mimique de persuasion] équipe jeunesse. C'est, c'est vraiment une vue d'ensemble de la patiente [hoche de la tête].

**ANNEXE P - Exemple d'un schéma utilisé pour réfléchir les données**



**TENSION?**

Il semble y avoir un échange d'information qui se déploie au sein d'un espace communicationnel qui implique différentes dimensions de communication

L'infirmière, volontairement (surtout) mobilise ces différentes dimensions pour transmettre aux jeunes de l'information explicite mais également de l'informations moins explicitable : sa présence, son ouverture, ses émotions.

Au travers cet espace, l'infirmière permet aux jeunes, d'avoir accès à une partie de sa propre réalité. Ceci toutefois pour rencontrer les réalités des jeunes et ultimement pouvoir les améliorer

Il y a cette tensions existante : L'espace communicationnel permet un partage de réalité mais qui reste centré sur les jeunes et sur leur histoire de santé.

L'infirmière, plus consciente de ces dimensions communicationnelle, a le pouvoir d'utiliser ces dimensions pour dirigé cet espace communicationnel pour atteindre les finalités de pratique.

**LEVIER**  
dimensions de la communication :  
semble être un levier pour avoir accès aux réalités plurielles