



Résumé

Depuis la découverte du virus, les manuels en soins infirmiers incluent la notion de VIH/sida pour qu'elle soit transmise dans la formation de premier cycle. Cependant, les écrits dévoilent l'existence d'un écart entre cette formation et les compétences requises pour prodiguer des soins aux personnes vivant avec le VIH. Conscientes des lacunes de la formation initiale en VIH/sida et qui, à ce jour, n'ont pas été explorées dans les manuels, nous avons réalisé une analyse qualitative de contenu de 18 manuels de médecine-chirurgie. Les résultats de cette étude ont dévoilé trois catégories : les représentations du VIH, des personnes vivant avec le VIH et des soins. La première catégorie renvoie à la façon dont on raconte l'histoire du VIH et parle du virus ainsi que la façon dont on décrit la maladie et conceptualise la transmission. La deuxième correspond aux personnes qui sont à risque de contracter le VIH, qui vivent avec le VIH et à la façon dont on les représente. La troisième réfère à la représentation des types de soins, leurs objectifs et les enjeux qui y sont associés.

Mots-clés analyse de contenu, manuels, sciences infirmières, VIH

Les représentations du VIH, des personnes vivant avec le VIH et des soins dans les manuels en soins infirmiers : une analyse qualitative de contenu

STEPHANY CATOR & MARILOU GAGNON

Introduction

Les infirmiers autorisés¹ représentent le groupe le plus important de professionnels réglementés au Canada[1] et se constituent des infirmiers autorisés, des infirmiers praticiens, des infirmiers psychiatriques autorisés, ainsi que les infirmiers auxiliaires autorisés. Pour obtenir leur diplôme, ils doivent avoir complété avec succès une formation initiale

en sciences infirmières (universitaire ou collégiale dans le cas du Québec) et un examen d'admission à la profession. L'objectif principal de cette formation est de préparer des infirmiers généralistes qui puissent œuvrer dans des milieux variés et auprès de différentes clientèles dès leur entrée dans la profession.[2] Il existe toutefois certaines lacunes au niveau des compétences de base abordées dans le cadre de la formation initiale. C'est pourquoi certaines organisations infirmières telles que l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en VIH/sida (ACIIS), l'Association des écoles de sciences infirmières (ACÉSI), la Fédération des infirmières et infirmiers en santé mentale (CFMHN) de même que l'Association des infirmières et infirmiers Autochtones du Canada (AIIAC) développent depuis quelques années des cadres de compétences fondamentales dans des champs de pratique comme la santé mentale, les soins palliatifs, la santé publique et le VIH/sida.[3-7]

En matière de VIH/sida, on note des lacunes importantes tant au niveau des notions abordées que des compétences requises pour prendre soins des personnes vivant avec le

VIH/sida (PVVIH).[8,9] Ces lacunes peuvent entraîner des répercussions importantes sur la formation de premier cycle, les soins prodigués aux PVVIH et les PVVIH elles-mêmes.[3, 8,10,11] La recherche nous indique que ces lacunes entraînent un manque de connaissance en lien avec le VIH, les soins requis par les PVVIH et les obligations professionnelles des infirmiers – connaissances jugées essentielles pour offrir des soins sécuritaires, compétents, compatissants et conformes à l'éthique.[3,8,9] Ces lacunes peuvent aussi avoir un impact important sur les attitudes des infirmiers et par le fait même, la qualité des soins offerts aux PVVIH.[3,11,12] Finalement, elles peuvent contribuer à des pratiques non-éthiques et discriminatoires, et même dans certains cas, l'évitement des soins de la part des PVVIH. [13,14]

S'inspirant du cadre de compétences fondamentales développé par l'ACIIS et s'appuyant sur une analyse approfondie des syllabi du programme en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa, les résultats d'un projet pilote corroborent l'existence de lacunes, les lacunes, mentionnées ci-haut, et soulignent également l'importance de faire état du matériel pédagogique (p. ex., manuels spécialisés) utilisé en sciences infirmières.[8] Ces manuels sont les principaux outils de transmission de connaissances en sciences infirmières. Ils jouent ainsi un rôle important dans le développement des connaissances et des compétences en VIH/sida[8] et peuvent teinter la perception du VIH, de la PVVIH et des soins. Par conséquent, notre étude qualitative vise à examiner les représentations du VIH, des PVVIH et des soins infirmiers qui sont véhiculées dans les manuels en soins infirmiers.

Méthode

L'analyse qualitative de contenu (AQC) convenait à cette étude ayant pour objectif de décrire les représentations du VIH, des PVVIH et des soins infirmiers dans les manuels en soins infirmiers. L'AQC permet d'analyser, de façon systématique, le contenu des textes et offre différentes techniques pour identifier les représentations qui s'y trouvent.[15-17] Cette approche reconnaît l'importance d'étudier le contenu des textes de même que leur rôle dans la production du sens. Compte tenu de ceci, les sources textuelles (ou manuels dans ce cas-ci) ne sont pas des sources neutres. Elles jouent un rôle important dans la construction du sens, la représentation de personnes-expériences-comportements, et l'interprétation qu'en fait le lecteur. En s'inspirant de la vision constructiviste, selon laquelle il existe de multiples réalités construites en fonction de leur contexte[18], l'AQC aide à comprendre et à dévoiler le contenu manifeste et absent de même que les

idées véhiculés par des sources documentaires.[16,17]

Collecte de données

À l'automne 2016, nous avons travaillé étroitement avec une bibliothécaire spécialisée en sciences de la santé pour accéder aux manuels sélectionnés. En sachant que le cours de médecine-chirurgie est offert dans tous les programmes et que les manuels sont utilisés dans plus d'un cours, nous avons choisi de nous concentrer exclusivement sur les manuels de médecine-chirurgie anglophones et francophones utilisés dans un contexte canadien. Certains chapitres publiés dans le contexte américain sont inclus dans l'analyse car les programmes en sciences infirmières faisaient appel à la version américaine du manuel de médecine-chirurgie. Pour déterminer l'échantillon de cette étude, nous avons eu recours à une méthode d'échantillonnage non probabiliste car les manuels n'ont pas été choisis par un processus aléatoire. Ainsi, selon un échantillonnage de convenance, nous avons déterminé notre échantillon de 18 manuels de médecine-chirurgie (18 chapitres/sections sur le VIH). L'échantillon de convenance nous paraissait approprié car il importait de choisir le manuel selon sa pertinence pour la problématique, sa disponibilité et son accessibilité. Nous avons circonscrit notre échantillon aux années 1994-2016 car les années 90 présentent un moment marquant dans l'histoire du VIH: celui de l'apparition de la thérapie antirétrovirale. Ainsi, la nature des soins infirmiers, étant auparavant palliative, change avec ce progrès. Depuis lors, le but du traitement est de ralentir la progression de la maladie. De ce fait, nous avons ciblé l'exploration des représentations du VIH, des PVVIH et des soins dans les manuels en soins infirmiers datant de 1994-2016.

Analyse

Pour compléter l'analyse qualitative de contenu, nous avons employé les principes de Hsieh et Shannon[15] ainsi que ceux de Schreier.[16,17] Tel que le proposent Hsieh et Shannon[15], les approches déductive et inductive ont été combinées pour compléter l'AQC. Cette combinaison permet de réaliser une analyse approfondie du texte en fonction des catégories principales. Pour entamer le processus de recherche, les chercheuses ont suivi la séquence d'étapes et les critères proposés par Schreier [16,17]. Les catégories principales ont été déterminées a priori (de manière déductive) en fonction de l'objectif de recherche et se constituent des représentations 1) du VIH, 2) des PVVIH, et 3) des soins infirmiers. D'autre part, les sous-catégories provenaient directement de la phase pilote où elles ont été

générees sous forme de questions, par la chercheuse et la co-chercheuse, de manière inductive. Bien que les sous-catégories soient habituellement codées sous forme de mots ou concepts, nous avons opté pour un format de 10 questions pour les identifier. De ce fait, toutes nos sous-catégories sont des questions.

Les catégories ont dû répondre à deux critères, soit l'unidimensionalité (*unidimensionality*) et l'exclusivité mutuelle (*mutual exclusiveness*). [16,17] L'unidimensionalité spécifie que chacune des catégories principales devraient aborder une seule dimension des textes analysés. [16,17] Les catégories ont été créées de sorte qu'elles soient mutuellement exclusives. [16,17] Ceci signifie que chaque unité (section) analysée ne peut être catégorisée qu'une seule fois sous une catégorie principale. De ce fait, aucune de celles-ci ne se chevauchent et aucune unité n'a été catégorisée sous plus d'une catégorie principale. Ainsi, nous avons suivi les critères d'unidimensionalité et d'exclusivité mutuelle pour compléter le système de codage. Habituellement, le système de codage devrait répondre à un troisième critère, celui de l'exhaustivité stipulant que tous les aspects du chapitre doivent être chacun couverts par une catégorie. [16,17] Ceci permet d'assurer que les sections du texte soient considérées de manière égale au niveau du système de codage. [16,17] Puisque les catégories principales ont été déterminées avant l'analyse du texte, nous avons peu considéré l'exhaustivité; certains passages du texte ne correspondaient pas aux catégories principales. Par exemple, certains passages textuels traitaient de la polypharmacie chez les personnes âgées et cette notion ne s'insérait dans aucune des catégories principales et n'était pas pertinente pour répondre à l'objectif de notre étude.

Il importe de noter que nous avons réalisé l'AQC de trois chapitres au courant de la phase pilote, segmenté le chapitre et généré les sous-catégories simultanément. Selon un accord établi entre les chercheuses (*Coding Agreement*) [19], le système de codage a été évalué et modifié afin de confirmer que les catégories couvrent effectivement le texte analysé. Nous avons poursuivi avec l'analyse principale des 18 chapitres et avons présenté et interprété les résultats obtenus. Tout au long de l'AQC, nous avons également considéré le contenu latent (absent). Les chercheuses se sont alors consultées pour déterminer, ensemble, ce contenu. Ainsi, la présentation des résultats comprend non seulement une description du contenu manifeste des manuels scolaires mais elle est également constituée du contenu latent qui devrait se retrouver dans ces chapitres.

Rigueur

Nous avons fait appel à trois critères de rigueur : la crédibilité (*credibility*), la sincérité (*sincerity*) et la transférabilité (*transferability*). La crédibilité fait référence aux stratégies qui permettent d'illustrer à quel point le processus de recherche est conforme au devis de recherche et dans quelles mesures les catégories développées sont représentatives des unités d'analyse. [20,21] En ce qui concerne le processus de recherche et des résultats, nous avons décrit les étapes poursuivies pour effectuer l'analyse qualitative de contenu, notamment, la méthode utilisée pour la catégorisation, la sélection de l'échantillon, la segmentation des unités de recherche, la phase pilote, de même que le processus d'analyse et d'interprétation des résultats. [21,22] Nous avons inséré des citations et figures, provenant directement du texte analysé, à la présentation des résultats. [19]

La sincérité réfère au fait que l'étude est balisée par la réflexivité, l'authenticité et la transparence du chercheur au sujet des biais, des buts, de ses forces et faiblesses. [22] En tant que chercheuse novice, il était important d'utiliser un accord (*Coding agreement*) au niveau de la catégorisation entre la chercheuse et la co-chercheuse. [23] Cette façon de faire ne suggère pas qu'il existe qu'une seule réalité et il n'est pas question de vérifier l'exactitude des codes et des catégories mais plutôt de confirmer que toutes les données sont classées de la même manière et couvrent le texte analysé. [23] Par conséquent, nous avons utilisé cette stratégie de *Coding agreement* afin d'aboutir à un consensus de codage et catégorisation pour la phase pilote. Pour ce faire, les chercheuses se sont rencontrées au cours de cette étape de l'analyse.

La transférabilité se réfère à la transposition des résultats de recherche à une étude dont le contexte et le processus de recherche sont semblables. [22] Pour faciliter la transférabilité des conclusions de ce projet, les chercheuse a effectué une description détaillée du contexte, du processus de recherche, de l'échantillon et ses caractéristiques. De plus, nous avons fourni une description riche des catégories et de leurs définitions en les appuyant par des extraits du texte analysé. [21]

Résultats

Compte tenu des objectifs de cette étude et de l'approche méthodologique, trois catégories principales avaient déjà été identifiées de façon déductive avant de procéder à l'analyse inductive: 1. Représentations du VIH, 2. Représentations des PVVIH, 3. Représentations des soins. Ces catégories ont

Table 1
REPRÉSENTATIONS DU VIH
Comment raconte-t-on l'histoire du VIH? <ul style="list-style-type: none"> • Moments clés (milestones) • Neutre (acontextual) • Scientifique Comment parle-t-on du virus? <ul style="list-style-type: none"> • Anthropomorphisation • Réponse immunitaire Comment décrit-on la maladie? <ul style="list-style-type: none"> • Infectieuse • Évolutive • Chronique Comment conceptualise-t-on la transmission ? <ul style="list-style-type: none"> • Vecteurs • Conditions spécifiques • Comportements à risque • Ambivalence
REPRÉSENTATIONS DES PVVIH
Qui risque de contracter le VIH? <ul style="list-style-type: none"> • Personne vulnérable • Personne marginalisée Qui vit avec le VIH? <ul style="list-style-type: none"> • Personne informée • Personne ignorante Comment représente-t-on la personne vivant avec le VIH? <ul style="list-style-type: none"> • Dangereuse • Coupable • Insouciance
REPRÉSENTATIONS DES SOINS
Quels sont les types de soins? <ul style="list-style-type: none"> • Prévention • Dépistage • Traitement • Gestion des symptômes Quels sont les objectifs de soins? <ul style="list-style-type: none"> • Surveillance • Gestion du risque Quels sont les enjeux liés aux soins? <ul style="list-style-type: none"> • Confidentialité • Dévoilement • Consentement • Refus de soins

permis de diviser le chapitre en trois catégories pour ensuite compléter une analyse inductive du contenu de façon à construire des sous-catégories, mutuellement exclusives, et les subdiviser en fonction de thèmes plus précis. Une Table résumant les catégories principales, les sous-catégories et les sous-divisions est présentée ci-dessous (voir table 1).

Comment raconte-t-on l'histoire du VIH?

En général, lorsque les manuels en soins infirmiers abordent la notion du VIH, l'histoire du VIH est racontée en tenant compte des « *milestones* », c'est-à-dire des moments clés et événements marquants de l'histoire du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) du Syndrome

d'immunodéficience acquise (sida). Ces événements marquants suivent un ordre chronologique en débutant par la « découverte » du sida, suivi de la « découverte » du VIH, l'approbation du premier médicament contre le VIH (Zidovudine ou AZT), l'introduction de la trithérapie en 1996 et autres moments scientifiques marquants comme les essais cliniques pour développer un vaccin contre le VIH. C'est une histoire « universelle », dépourvue de tout contexte et qui se veut neutre et profondément teintée par la science.

Although HIV obviously had been present for a number of years before 1981, it was not until that year that physicians and public health officials documented the presence of a new disease that would become known as the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). By 1985 the causative agent, HIV, had been identified and AIDS was determined to be the end stage of a chronic HIV infection. (CA.EN.2010.14.12, p.264)

L'histoire du VIH telle que racontée dans les manuels en soins infirmiers est américanocentrique produisant ainsi une interprétation de l'histoire du VIH purgée d'éléments socioculturels, économiques et légaux internationaux pourtant complexes. Ceci donne l'impression que l'histoire du VIH, incluant les avancées scientifiques, se déroule uniquement aux États-Unis. Deux des manuels font usage d'une figure portant sur la chronologie de l'épidémie du VIH (CA.FR.2006.54.12; CA.FR.2011.54.11).

D'autre part, les chapitres ne mettent pas l'accent sur les facteurs afférents à l'histoire du VIH et laissent croire que la découverte des tests était sujette à une « apparition spontanée »; les événements déclencheurs et acteurs principaux ne sont pas mentionnés.

HIV is an [Ribonucleic Acid (RNA)] virus that was discovered in 1983. (US.EN.2000.13.11, p.243)

L'histoire est racontée tel qu'un événement qui se produit naturellement, automatiquement, sans justification ou raison, sans catalyseur. Elle est axée sur la science du virus et la compréhension de son fonctionnement, sur les progrès et les efforts scientifiques déployés pour le dépistage et le traitement du virus.

Comment parle-t-on du virus?

Dans l'ensemble des chapitres analysés, on parle du virus en tant que corps étranger dont le but est d'envahir l'organisme hôte et de le coloniser. Les chapitres anthropomorphisent le virus et ainsi lui attribue un aspect ou un comportement humain. Ainsi, quand les manuels parlent du virus, ce dernier est représenté avec des caractéristiques et des comportements humains, notamment l'autonomie et l'intelligence.

Like all viruses, HIV cannot replicate unless it is inside a living cell. HIV can enter a cell when the gp120 "knobs" [...] on the viral envelope bind to specific CD4 receptor sites on the cell's surface [...]. Once bound, viral genetic material enters the cell. In the cell, viral RNA is transcribed into a single strand of viral DNA with the assistance of reverse transcriptase, an enzyme made by HIV [...] This strand copies itself, becoming double stranded viral DNA. [...] viral DNA can enter the cell's nucleus and, using an enzyme call integrase, splice itself into the genome, becoming a permanent part of the cell's genetic structure. There are two consequences [...] all daughter cells from the infected cell will also be infected [...] and the cell's genetic code can direct the cell to make HIV. (CA.EN.2006.14.10, p.270)

Selon les manuels, le virus est si intelligent qu'il fait appel à des astuces qui lui permettent de « se mettre à l'abri » et d'échapper au système immunitaire de l'organisme.

Le VIH vit à l'intérieur des cellules où il peut « se mettre à l'abri » des facteurs immunitaires circulants. (CA.FR.2016.15.10, p.412)

Ainsi, le virus, tel que le dépeignent les manuels, est considéré comme un ennemi qui s'aventure dans un champ de bataille contre le système immunitaire de l'organisme hôte. De plus, l'ensemble des manuels expose le virus en tant que corps étranger qui attaque et démantèle le système immunitaire. Ainsi, le VIH infecte les cellules immunitaires cibles et les détruit pour altérer la fonction immunitaire.

Le VIH infecte les cellules humaines possédant des récepteurs CD4 à leur surface. (CA.FR.2011.15.11, p.404)

Le virus est 'destructeur' (expression très présente dans tous les chapitres) et diminue la durée de vie des cellules immunitaires.

Le VIH détruit environ un milliard de lymphocytes T CD4+ par jour. (CA.FR.2016.15.10, p.377)

Au-delà de cette impression de « lutte » et de « champ de bataille », nous notons le facteur de « temps » qui s'introduit dans la relation entre le système immunitaire et le virus. En plus de la lutte qui se passe, il y a une impression « d'imminence » de la chute de la réponse immunitaire, et de là un sentiment d'urgence comme si le temps du système immunitaire est « compté ». Nous constatons ceci lorsque les auteurs parlent de l'espérance de vie d'un lymphocyte T comme étant seulement limité à deux jours:

Les lymphocytes T CD4+ jouent un rôle de premier plan dans la capacité du système immunitaire à reconnaître les agents pathogènes et à se défendre contre eux [...] L'espérance de vie d'un lymphocyte T CD4+ est d'environ 100 jours, alors que [ceux qui sont] infectés par le VIH ont une durée de vie moyenne de deux jours seulement. (CA.FR.2016.15.10, p.377)

De plus, l'ensemble des chapitres dévoilent que la réponse immunitaire devient dysfonctionnelle et affaiblie suite à sa colonisation par le virus. L'extrait suivant illustre ceci.

Fortunately, the bone marrow and thymus are able to produce enough CD4+ T cells to replace the destroyed cells for many years [...] however, the ability of HIV to destroy CD4+ T cells exceeds the body's ability to replace the cells. The result is a decline in the CD4+ T cell count and a decrease in immune capability. (US. EN. 2004.14.12, p.267)

Comment décrit-on la maladie?

Lorsque les manuels soulèvent la question du VIH, ils décrivent la maladie sous un ton tragique. Celle-ci est dépeinte comme une maladie infectieuse qui est dévastatrice, mortelle et qui se propage rapidement. Les manuels utilisent le terme « mortelle » pour désigner la maladie tandis que les manuels les plus récents décrivent la mortalité de façon différente; ils n'indiquent pas explicitement que la maladie est mortelle mais ils précisent qu'elle est dévastatrice et énoncent le nombre de fatalités qu'elle cause.

Le sida est une maladie mortelle. (CA.FR.1994.48.11, p.1476)

Worldwide, AIDS kills more than 8,000 people every day, 1 person every 10 seconds. (CA.EN.2007.52.11, p.1816)

Dans les manuels plus récents, nous notons l'usage des termes comme « devastating » ou « pandémie dévastatrice mortelle » pour décrire la maladie.

Globally, HIV has been devastating. (CA. EN.2010.16.11, p.299)

L'infection par le VIH reste une pandémie mondiale dévastatrice puisque l'OMS estime que le VIH/sida fait 39 millions de morts jusqu'à présent et 1,5 million pour l'année 2013. (CA.FR.2016.15.10, p.374)

La maladie est aussi présentée comme une maladie évolutive qui se développe en étapes et aboutit aux infections opportunistes.

Selon les chapitres, c'est une maladie chronique avec laquelle on doit apprendre à vivre à long-terme une fois traitée. Ces descriptions coexistent dans les manuels les plus récents tandis que le caractère évolutif et hautement mortel coexiste dans les manuels datant des années 90. De manière générale, les manuels analysés n'abordent pas non plus l'espérance de vie des PVVIH qui suivent un traitement – espérance de vie qui est maintenant comparable à une personne séronégative. [24] Le lecteur reste donc sur l'impression que le VIH est une maladie mortelle avant tout.

Comment conceptualise-t-on la transmission?

Pour qu'il y ait transmission, les manuels suggèrent qu'il soit indispensable d'avoir une interaction entre un organisme porteur du VIH (vecteur) et un organisme susceptible. L'ensemble des chapitres décrivent la personne infectée comme un « donneur » du virus.

The viral load in the blood, semen, vaginal secretion, or breast milk of the "donor" is an important variable. (CA.EN.2006.14.11, p.269)

Les chapitres précisent que tout organisme est donneur s'il échange du sang, du sperme, des sécrétions vaginales ou du lait maternel avec un hôte susceptible. Un des manuels prévient que des articles tels que des seringues, des scalpels et tout article pointu pourraient devenir un vecteur potentiel dans la transmission du virus.

Consider sharp items (e.g. needles, scalpel blades) potentially infective and handle with extraordinary care to prevent accidental injuries. (US. EN.1996.50.11, p.1391)

Deuxièmement, il faut que les conditions propices à la transmission soient présentes et qu'elles soient de l'ordre de pratiques non sécuritaires ou à risque. Ces sources textuelles enseignent que le VIH peut se transmettre soit par voie sexuelle, sanguine et verticale, à partir de liquides biologiques tels que le sperme, les sécrétions vaginales, le sang et le lait maternel. À partir d'un tableau, ils énumèrent également un ensemble de comportements qui mettent la personne à risque de contracter le virus.

[HIV] can only be transmitted under specific conditions that allow contact with infected body fluids, including blood, semen, vaginal secretions and breast milk. (CA.EN.2006.14.11, p.269)

L'ensemble des chapitres conceptualisent la transmission avec des énoncés ambivalents. Par ambivalence, nous entendons le fait que la transmission du VIH est décrite comme étant à la fois facile et difficile. Les manuels signalent que l'organisme hôte est infectieux dans les premiers mois qui suivent l'entrée du virus dans l'organisme mais ils sont d'avis que le VIH ne se propage pas facilement.

In HIV infection, large amounts of virus can be found in the blood during the first 2-6 months after the infection and again during the late stages of the disease. (US.EN.2004.14.12, p.264)

Le VIH ne se propage pas facilement. (CA. FR.2016.15.10, p.374)

De plus, l'ensemble des chapitres énoncent que le VIH est un organisme fragile : « Le VIH est un virus fragile » (CA.FR.2016.15.10, p.374) alors que d'autres sections

le présentent comme faisant preuve d'autonomie et d'intelligence (p. ex., anthropomorphisation du virus). Ces manières de parler du virus donnent l'impression que le virus est à la fois vulnérable et dangereux.

Nous notons l'absence d'information sur la durée de vie du VIH sur les surfaces retrouvées à l'extérieur de l'hôte et comment ceci participe ou non à sa transmission. Nous savons que le VIH ne survit pas à l'extérieur d'une cellule hôte, et il serait important de l'aborder dans tous les manuels en soins infirmiers. De plus, les chapitres omettent d'énoncer les statistiques qui soutiennent le risque de transmission du VIH par voie sexuelle et dans le cas de partage de seringues d'injection. Or, selon ces manuels, ce sont des risques importants de transmission.

Qui risque de contracter le VIH?

De façon générale, lorsque les manuels en soins infirmiers soulèvent la question de la personne vivant avec le VIH, ils abordent tous, en premier lieu, les populations qui sont à risque de contracter le VIH. Ces populations se constituent non seulement des personnes qui sont les plus touchées à cause d'une vulnérabilité mais incluent également les personnes qui sont marginalisées en raison du genre, de la race, de l'orientation sexuelle, du niveau de pauvreté et de l'utilisation de drogues. Tel que l'indique la citation suivante:

For the most part, HIV remains a disease of marginalized individuals: those who are disenfranchised by virtue of gender, race, sexual orientation, poverty, drug use, or lack of access to health care. (CA.EN.2006.14.11, p.268)

Malgré la surreprésentation des populations Autochtones parmi les PVVIH au Canada, il n'y a que quatre sur dix manuels scolaires canadiens qui abordent, de façon superficielle, la question de leur vulnérabilité vis-à-vis le VIH. Nous constatons aussi que les chapitres représentent la vulnérabilité, via une perspective hétéronormative et ont une approche cisnormative de la vulnérabilité négligeant ainsi d'aborder le fait que les personnes transgenres sont hautement à risque de contracter le VIH.[25] Les manuels évitent de mentionner que la taxonomie des « 4H » (Haïtiens, homosexuels, hémophiles et héroïnomanes), moyen par lequel la FDA déterminait la vulnérabilité de la population générale, a eu des conséquences sur ces groupes de personnes, notamment, la discrimination qui en a résulté de même que ses répercussions négatives.

En outre, les manuels signalent dès le départ que la personne à risque est souvent une personne marginalisée. Cette façon de représenter la personne à risque est présente dans l'ensemble

des chapitres analysés et donne au lecteur l'impression que l'infection par le VIH est, a priori, une maladie de personnes marginalisées. Ces personnes sont marginalisées parce qu'elles ne font pas partie du groupe dominant de la société (les hétérosexuelles) et sont exclues de la société de par leur comportement jugé « déviant ». Toutefois, les manuels n'abordent pas les facteurs qui prédisposent une personne (ou un groupe) à une telle vulnérabilité et marginalisation – facteurs qui contribuent aussi au risque de contracter le VIH. Ainsi, le lecteur est amené à conclure que le simple fait d'appartenir à un groupe augmente le risque de contracter le VIH sans être en mesure de comprendre les raisons exactes. Ceci peut teinter profondément la représentation que se fait le lecteur de la personne à risque ainsi que de la personne vivant avec le VIH.

Qui vit avec le VIH?

De manière globale, lorsque les manuels se réfèrent à la personne vivant avec le VIH, non seulement indiquent-ils quelles populations sont à risque de contracter le VIH mais ils identifient également deux types de personnes vivant avec le VIH. Ils distinguent ainsi les personnes qui sont au courant de leur statut sérologique de celles qui l'ignorent. La personne informée est souvent représentée dans les manuels comme ayant fait un dépistage, reçu un diagnostic, ayant été prise en charge et comprenant les précautions à prendre avec ses partenaires. Le cas clinique suivant qui se trouve dans un des chapitres illustre ce profil:

Monsieur Sigouin reçoit un [traitement antirétroviral] (TAR). Il présente une charge virale très faible, et la numération de ses lymphocytes T CD4+ est normale. Son partenaire, qui l'accompagne et qui n'est pas infecté par le VIH, vous confie que puisque le traitement fonctionne bien, ils ont décidé ensemble de cesser d'utiliser les préservatifs. Ils comprennent tous deux les risques et croient qu'étant donné que les médicaments s'avèrent efficaces, le risque de transmission est faible et que de délaissier le condom en vaut le coup. (CA.FR.2016.15.10, p.394)

D'autre part, les manuels mettent l'accent sur les personnes qui ignorent leur statut sérologique car elles posent un risque plus élevé. Selon les chapitres, ces personnes ignorantes sont donc le plus souvent ciblées par les professionnels de la santé car ceux-ci doivent gérer le risque de santé qu'elles représentent.

At the end of 2002, Health Canada estimated there were approximately 56,000 people in Canada living with HIV (including those living with AIDS) and that approximately 17,000, or 30% were not aware that they were infected. (CA.EN.2010.16.11, p.299)

Ainsi, tel que le signalent les chapitres analysés, il s'avère

donc important d'identifier ces personnes, de procéder à un dépistage, de les traiter en cas de résultat positif et de les surveiller pour qu'elles maintiennent des pratiques sécuritaires ou pour qu'elles modifient leurs comportements à risque.

Comment représente-t-on la PVVIH?

Quand l'ensemble des manuels représentent la PVVIH, ils la décrivent comme étant dangereuse et représentant un risque que les autres personnes doivent craindre et que les professionnels de la santé doivent gérer. Ainsi, les manuels insistent sur le fait que les partenaires sexuels de la PVVIH doivent se protéger du risque potentiel d'infection. Les chapitres ajoutent qu'une personne ignorant qu'elle est infectée présente un danger important car les personnes ignorant leur sérostatut causent la moitié des nouveaux cas d'infections dans un intervalle de six mois après avoir été infectée par le VIH (CA.FR.2011.15.11).

Une étude, menée par des chercheurs québécois démontre que 50% des nouveaux cas de VIH ont été transmis par des personnes infectées depuis moins de six mois. (CA.FR.2016.15.10, p.381)

Bien que les manuels ne représentent pas explicitement la PVVIH comme étant coupable, ils indiquent quels types de jugements existent au sujet des PVVIH sans les remettre en question.

It is then easy to jump to the conclusion that they brought the disease on themselves, and therefore somehow deserve to be sick. (CA.EN.2006.14.11, p.288)

Ceci peut contribuer à perpétuer et propager les idées stipulant que la PVVIH soit perçue comme étant responsable de son propre « sort » et donc coupable d'avoir contracté le VIH. Les chapitres analysés suggèrent également que la PVVIH ne se soucie pas de son infection ni du traitement qui doit l'accompagner.

Adherence to long-term treatment is required to manage HIV infection and many other chronic illnesses; however, overall adherence rates remains low (30% to 50%). (US.EN.2010.52.11, p.1582)

Ceci laisse sous-entendre que 50 % à 70% des PVVIH n'adhèrent pas à leur traitement et cette statistique crée l'impression que les PVVIH sont insouciantes car elles ne suivent pas leur traitement. De ce fait, la PVVIH peut être perçue comme étant une personne qui devrait être prise en charge en raison du risque qu'elle représente pour la société; ce qui justifierait pourquoi les professionnels de la santé doivent la surveiller et la suivre de près.

Quels sont les types de soins?

Quand les manuels abordent les types de soins offerts par les infirmiers et infirmières pour prévenir la transmission du VIH, ils mettent surtout l'accent sur l'enseignement du port du condom, la prophylaxie post-exposition de même que les précautions universelles.

Lors des rapports sexuels ou oraux, toujours porter un condom pour protéger le partenaire des liquides biologiques. (CA.FR.1994.48.11, p.1474)

Ces précautions désignent des pratiques de base utilisées dans le contrôle des infections, de façon générale. Pourtant, dix manuels détaillent les précautions universelles dans la section uniquement attribuée au VIH. Ceci donne alors l'impression que ces précautions dites « universelles » s'appliquent uniquement aux soins prodigués aux PVVIH ou qu'elles sont particulièrement importantes pour les PVVIH compte tenu du risque qu'elles représentent. De plus, les chapitres analysés insistent sur l'importance des tests de dépistage dans la gestion du VIH. Ils indiquent que ce progrès scientifique permet de tester les produits sanguins et diagnostiquer les PVVIH. Pourtant, nous notons l'absence de détails sur les tests qui décèlent le VIH lui-même (p. ex., analyse des antigènes p24 ou test d'amplification des acides nucléiques du VIH ou TAAH-VIH).

On aborde peu l'importance des considérations éthiques, légales, et professionnelles en lien avec la confidentialité, les maladies à déclaration obligatoire, la criminalisation du VIH, les lois de santé publique, etc. De même, l'importance de la compétence culturelle est négligée. Le dépistage est donc présenté comme un processus technique relativement simple et routinier – sans considération toutefois pour toutes les particularités du VIH. À l'inverse, tous les manuels abordent le traitement du VIH. Toutefois, la façon de représenter le traitement a beaucoup changé avec le temps. Dans les années 90, le but du traitement était de tenter de ralentir l'évolution de la maladie vers son stade final, le sida. L'accent était donc placé sur la prise en charge des maladies opportunistes et le but du traitement était de freiner l'évolution du VIH. Aujourd'hui, les manuels indiquent que le traitement antirétroviral vise à prolonger l'espérance de vie de la PVVIH en réduisant la charge virale du patient ainsi qu'en préservant la fonction immunitaire. Les manuels indiquent également que le traitement du VIH a des conséquences négatives sur la vie de la PVVIH, notamment à cause des effets secondaires. Pourtant, nous notons que les effets secondaires ne sont qu'énumérés dans les figures de médicaments anti-VIH et que l'accent est plutôt placé sur les symptômes de la maladie, les maladies opportunistes et

le sida, de même que leur gestion. En accordant une telle attention aux maladies opportunistes, il est facile d'oublier que le traitement présente des effets secondaires importants qui nécessitent une prise en charge de la PVVIH.[26]

Quels sont les objectifs des soins?

Quand les manuels révèlent les objectifs des soins, ils précisent que ceux-ci visent à suivre les PVVIH de près en surveillant leurs comportements, symptômes, de même que leurs résultats de laboratoire. Quand nous parlons de la surveillance des comportements de la PVVIH, nous nous référons principalement à l'adhérence au traitement, tel qu'énoncé par l'extrait suivant :

Take the full dose prescribed. Do not quit taking one drug while continuing the others. If you cannot tolerate one of your drugs, your health care provider will recommend a completely new set of drugs. (US. EN.2004.14.12, p.282- encadré Patient and Family Teaching)

Ainsi, les infirmiers se doivent de promouvoir l'adhérence au traitement pharmacologique en expliquant aux PVVIH qu'elles doivent prendre leur traitement pour demeurer en santé, prévenir le développement de résistances virales et surtout, éviter la transmission du VIH. Lorsque les chapitres analysés identifient l'objectif des soins aux PVVIH, ils précisent que la gestion des risques est un élément important à considérer. Ainsi, quand la notion de gestion du risque est évoquée, c'est en lien avec la gestion de la PVVIH qui est, a priori, considérée comme étant « dangereuse » pour la société. Pour établir que la personne est un risque, il faut d'abord l'évaluer en fonction de ses comportements, ses connaissances et habiletés. Les chapitres indiquent alors qu'un des rôles infirmiers est de surveiller et gérer le risque en avisant les patients sur les comportements à risque réduit. L'on indique notamment que les soins infirmiers devraient inclure une approche de réduction des méfaits. L'extrait suivant reflète ceci:

Of course, the safest tactic is for the user to have ready access to sterile equipment. Some communities are now instituting needle and syringe exchange programs to provide sterile equipment to users [...] studies have shown that in communities where exchange programs have been established drug use does not increase, and rates of HIV infection are controlled. (US.EN.1996.11.11, p.247)

Quels sont les enjeux liés aux soins?

Quand il s'agit d'aborder les enjeux éthiques liés aux soins, les chapitres analysés insistent sur le fait que les infirmiers doivent respecter la confidentialité des PVVIH. Pourtant,

les chapitres omettent d'énoncer, de façon explicite, qu'il arrive aux infirmiers et autres professionnels de la santé de divulguer des renseignements sur la vie privée des PVVIH même lorsqu'il n'y a aucun motif clinique de le faire. Les manuels interdisent les bris de confidentialité mais ne mettent pas l'accent, de façon explicite, sur le fait que le respect de la confidentialité du patient soit une responsabilité professionnelle de l'infirmier.

L'infirmière doit préserver la vie privée de la personne infectée par le VIH en s'assurant que la confidentialité des informations la concernant est respectée. En dévoilant par mégarde des renseignements confidentiels, elle peut causer un préjudice à la personne sur les plans personnel, financier et émotionnel [...] l'équipe de soins a besoin de savoir qu'une personne est infectée par le VIH pour effectuer une évaluation efficace, planifier des soins, les exécuter et les évaluer, et on nuirait à la qualité des soins en lui cachant ce fait. (CA.FR.2006.54.12, p.79)

Ils soulèvent également la notion du dévoilement et la façon dont il affecte les soins aux PVVIH. Les manuels en soins infirmiers ajoutent que le principe de consentement est un des enjeux rencontrés dans l'exercice de la profession infirmière. De plus, les chapitres reconnaissent que les professionnels de la santé peuvent éprouver des sentiments de peur vis-à-vis la PVVIH, et que les infirmiers peuvent également être réticents à prendre soin des PVVIH. Afin de remettre en question cette réticence, pouvant se traduire en refus de soigner la PVVIH, les manuels stipulent que les infirmiers détiennent une responsabilité professionnelle de soigner toute personne, et ce, quel que soit son statut sérologique, sa race, son genre et autre. Cependant, ils n'énoncent pas comment cette réticence peut affecter les PVVIH ni son effet sur la rétention des PVVIH dans le système de santé.

Discussion

À notre connaissance, cette étude est la première en son genre en sciences infirmières au Canada et ailleurs dans le monde. Nos résultats suggèrent que les manuels se concentrent principalement sur la dimension biomédicale de l'infection par le VIH, de la PVVIH et des soins. Plutôt que d'être centrés sur la PVVIH, les soins sont recentrés sur le VIH ce qui renvoie au rôle central que joue le virus (et de la charge virale) dans la représentation des PVVIH et des soins.[27] Il ne serait pas surprenant de constater que les connaissances acquises sur le VIH, la PVVIH et les soins négligent la dimension humaine du VIH et soient surtout de nature biomédicale. Or, les ÉSI doivent également comprendre et posséder des connaissances sur les enjeux

éthiques liés au VIH incluant les enjeux se rapportant au dépistage, au dévoilement, à la confidentialité et à la prise en charge des PVVIH.[12] Par conséquent, il n'est pas étonnant de constater que les infirmiers n'offrent pas toujours des soins conformes à l'éthique.[11,12] En dépit de ceci, il n'existe pas encore de standard établi par rapport à la formation initiale en sciences infirmières. Les programmes de sciences infirmières ne sont donc pas obligés d'aborder le VIH ni de développer certaines compétences jugées essentielles pour offrir des soins de qualité malgré les écarts importants entre l'état des connaissances sur le VIH et les connaissances que détiennent les ÉSI.[8,11,28]

La façon dont on représente la maladie (connaissances transmises) a le potentiel d'avoir un effet négatif sur les attitudes des ÉSI.[11] Ces derniers peuvent se faire des idées préconçues et présupposer que certaines personnes vivent avec le VIH sans que ce ne soit le cas. Ainsi, une fois infirmiers, ils peuvent en venir à dresser un portrait stéréotypé des PVVIH.[13] Par conséquent, ceci peut mener à la discrimination des PVVIH dans les milieux de soins, phénomène qui est largement décrit dans la littérature.[10-13] De plus, les ÉSI peuvent en venir à comprendre que le « contrôle du danger » relève de leur responsabilité professionnelle et utiliser des stratégies pour se protéger et protéger les autres.[12] Il est possible que les ÉSI développent des sentiments de peur et de répulsion envers la PVVIH, dépendant du comportement qui a occasionné l'infection par le VIH, ce qui peut générer une réticence de soigner la PVVIH voire même un refus de soins.[12,29] En l'absence de directives claires, les ÉSI peuvent retenir la notion de danger et justifier leurs actions comme étant moralement et légalement acceptables.[12] Ceci dit, nous croyons que les attitudes des ÉSI sont potentiellement affectées par le contenu (et l'absence de contenu) dans la formation initiale. De ce fait, les manuels en soins infirmiers peuvent engendrer des attitudes négatives envers le VIH, la PVVIH et les soins associés. Pour soutenir ceci, Perron et Holmes[30] affirment que les discours ont le pouvoir de teinter la façon de penser et la pratique de l'infirmier.

À la lumière des chapitres analysés, on en vient à comprendre que les soins infirmiers se résument à la gestion de risque qui passe par la surveillance des résultats de laboratoire, des comportements, de l'observance du traitement. Ceci dit, il n'est pas étonnant de constater que la charge virale est un concept central dans les soins prodigués aux PVVIH. Les écrits insinuent que la santé de la population générale varie avec le risque que peut poser la PVVIH, ce qui justifierait la surveillance de sa charge virale.[27,31] À force de mettre

l'accent sur la promotion des comportements à éviter et sur l'approche de réduction des méfaits et de diminution du risque, le rôle infirmier est perçu comme étant centré sur la gestion de risque, dans la mesure où il s'agit d'atténuer le danger que les PVVIH représentent pour les autres. En tant que risque, la PVVIH devient donc la cible des interventions biomédicales et pharmacologiques.[27] À la lumière de nos résultats, l'accent est placé sur le rôle infirmier qui est de tester la personne perçue comme un danger, d'initier le traitement et de surveiller la progression de la maladie. De ce fait, le rôle infirmier se traduit à la gestion de risque par l'entremise d'une surveillance de l'adhérence au traitement. Ainsi, il est possible de constater qu'il existe une dynamique de pouvoir entre deux entités: la PVVIH et l'infirmier. [32-35] Les soins représentent donc une forme subtile de pouvoir disciplinaire qu'exercent les infirmiers sur la PVVIH dans le but de la gérer et d'administrer tous les aspects de sa vie.[32,33,35] Par conséquent, en l'absence de connaissances suffisantes sur le VIH/sida et de moyens pour remettre en question l'autorité conférée aux manuels en soins infirmiers, il faut s'attendre à ce que les ÉSI en viennent à comprendre que les soins infirmiers passent d'abord et avant tout par la gestion du risque que présente la PVVIH. Afin de s'assurer que les ÉSI puissent éventuellement exercer leur rôle en tant qu'agents de caring, on doit absolument remettre en question le contenu qui perpétue leur rôle d'agents de contrôle social.[35]

Implications pour la formation

Dans cette section, nous soulevons les implications spécifiques à la formation de premier cycle en matière de VIH/sida, tout en proposant des solutions pour réduire l'écart qui existe entre la formation et les compétences fondamentales requises pour fournir des soins en VIH/sida.

À la lumière des résultats de notre étude, il faut intégrer les éléments suivants dans la formation : les connaissances et pratiques de base (actualisées) en lien avec la prévention (p. ex., la prophylaxie préexposition), le dépistage (p. ex., le test d'amplification des acides nucléiques du VIH ou TAAN-VIH) et le traitement du VIH/sida afin de mieux outiller les ÉSI dans la prestation de soins aux PVVIH. Il importe d'y inclure également les soins infirmiers à savoir, l'évaluation, le soutien et la préparation de la PVVIH (peu importe son genre et son orientation sexuelle).[3,8] L'accent devrait donc se placer sur la prestation de soins holistiques comprenant l'aspect pathologique du VIH, son impact sur la santé mentale de la PVVIH, sur sa vie personnelle et professionnelle. Pour ce faire, il faut modifier le discours de surveillance et de gestion de risque prédominant qui existe dans les manuels

pédagogiques (p. ex., surveillance de la charge virale, surveillance des comportements à risque, surveillance de l'adhérence au traitement). Le contenu des manuels pourrait donc comprendre des notions sur l'évaluation physique et mentale de la PVVIH ainsi que les signes avant-coureurs d'une progression de la maladie ou d'un changement dans la santé de la PVVIH. Un tel contenu contribuerait à la prestation de soins compétents; les ÉSI seraient en mesure d'anticiper la possibilité d'une amélioration ou détérioration de la santé des PVVIH et comprendre les défis auxquels elles sont confrontées.

Il faudrait également incorporer des opportunités de témoignage dans la salle de classe et ce, indépendamment de la thématique du cours. Ainsi, une PVVIH pourrait être invitée à témoigner de ses expériences avec le service de santé, et les professionnels de la santé, en vue de conscientiser les ÉSI sur les défis rencontrés au quotidien. La recherche montre que ce type de témoignage améliore les attitudes et les pratiques.[11,36-38] De plus, les écrits confirment l'importance de l'interprofessionnalisme et des simulations dans la qualité des soins centrés sur le patient. [39-41] Une étude suggère que les ÉSI, les étudiants en médecine, en pharmacie et en psychologie ont acquis une confiance dans leurs aptitudes interprofessionnelles suite à une formation sur la collaboration interprofessionnelle.[39] Conséquemment, il serait essentiel d'inclure des sessions de simulations et de scénarios interprofessionnels où les étudiants des écoles de sciences infirmières, de médecine, de nutrition et de psychologie collaboreraient pour fournir des soins holistiques à la PVVIH.[39-40] Une telle approche serait bénéfique pour les ÉSI qui, à leur tour, se sentiraient plus à l'aise dans l'évaluation, le soutien et la prise en charge de la PVVIH.

De plus, les objectifs du curriculum doivent inclure la démonstration du port du condom, soit sous forme d'image ou de vidéo. Ceci serait bénéfique pour les ÉSI car le port du condom est la forme de prévention la plus répandue en VIH/sida et les ÉSI doivent être en mesure de démontrer correctement aux clients la mise en place et le retrait des préservatifs.[3,8] À partir de nos résultats, nous constatons également que les pratiques de précautions universelles n'ont pas leur place dans le chapitre ou la section portant sur le VIH/sida. Ceci peut perpétuer la croyance que les précautions universelles sont surtout utilisées dans la prestation de soins aux PVVIH. D'ailleurs, les écrits ont déjà rapporté que les ÉSI prennent plus de précautions avec les PVVIH.[12,42] Pourtant, les ÉSI devraient avoir recours aux précautions universelles dans la prestation de soins à

toute autre personne, quel que soit son statut sérologique. Il faudrait donc enlever les précautions universelles du chapitre sur le VIH et les déplacer dans un chapitre qui leur est propre. En sachant que les connaissances affectent de façon significative les attitudes des ÉSI, ceci aurait le potentiel de modifier, en partie, les attitudes négatives des ÉSI envers la prise en charge de la PVVIH.[11] D'ailleurs, ceci améliorerait la prestation de soins spécifiques en VIH/sida puisque les ÉSI connaîtraient les moments adéquats pour l'emploi des précautions universelles.

Nous proposons d'accorder plus de place aux normes, obligations et responsabilités professionnelles des infirmiers en lien avec les enjeux éthiques rencontrés en pratique (p. ex., confidentialité, consentement, dévoilement et refus de soins) et simultanément décrire leur influence sur la PVVIH et son accès aux services de santé. Il serait également primordial de décrire l'importance de la relation thérapeutique entre l'infirmier/l'équipe et la PVVIH tout en considérant la dimension humaine dans la prise en charge du VIH. En mettant l'accent sur ces normes de pratique, les soins infirmiers spécifiques au VIH seraient améliorés, donnant lieu à une meilleure prestation de soins centrés sur le client.[43]

La formation de premier cycle en VIH/sida devrait aborder la compétence interculturelle auprès des Autochtones et auprès des PVVIH de différentes cultures (p. ex., auprès des immigrants ou réfugiés). Pour faciliter ceci, l'ACÉSI pourrait exiger que les ÉSI suivent une formation sur la prestation des soins culturellement compétents et ce, à l'instar de l'« Indigenous Cultural Competency Training Program » élaboré par la Provincial Health Services Authority en Colombie-Britannique. Grâce à cette formation, l'on noterait une amélioration des attitudes et des comportements des ÉSI et une meilleure compréhension de la façon dont ces différents groupes culturels perçoivent leur santé et leur maladie.[11] Ce faisant, les ÉSI et les infirmiers canadiens seraient plus confiants et mieux équipés pour la prestation de soins culturellement compétents, ce qui améliorerait la qualité des soins prodigués. [44]

Pour enrichir le contenu du matériel utilisé pour la formation, nous proposons qu'un manuel supplémentaire, développé par des experts dans le domaine du VIH, soit mis à la portée des enseignants. Ce manuel permettrait d'élaborer des scénarios cliniques qui abordent les enjeux liés à la confidentialité, le consentement, le dévoilement de même que le refus de soins aux PVVIH. Ces scénarios mettraient en évidence les connaissances et les standards de pratique des ÉSI (p. ex., usage des précautions universelles). Ils agiraient

comme des catalyseurs de discussion, auraient le potentiel de clarifier le rôle de l'infirmier dans le contexte du VIH/sida et offrirait une meilleure préparation pour que les ÉSI fournissent des soins compétents aux PVVIH. Les écrits dévoilent que de tels scénarios sont utiles dans la formation des ÉSI et des professionnels de la santé en général.[8,45]

Les enseignants devraient recevoir une formation en VIH/sida avant d'instruire les ÉSI. Dans cette perspective, les écoles de sciences infirmières pourraient exiger un module en ligne pour l'enseignement et même en tant que matériel éducatif. Ce cours pourrait être développé à l'exemple du « Indigenous Cultural Safety », élaboré par Provincial Health Services Authority Aboriginal Health Program et viserait l'enrichissement des connaissances en matière de VIH/sida et l'amélioration des attitudes et des pratiques envers les PVVIH. Il serait également bénéfique de mettre sur pied un cours au choix sur le VIH, comparable au « HIV prevention and care » offert à l'Université de la Colombie-Britannique. Des thèmes suivants pourraient être abordés : les soins interprofessionnels aux PVVIH, la prise en charge de leur infection, la stigmatisation de même que la discrimination que subissent les PVVIH dans les milieux de soins, sans oublier les répercussions sociales auxquelles font face les PVVIH (c'est-à-dire, criminalisation, manque d'accès aux services, etc.). En plus de ce cours, un stage dans les milieux où sont admises les PVVIH de même que l'assignation de la PVVIH seraient bénéfiques pour la formation des ÉSI et l'amélioration des attitudes négatives, tel que le dévoilent les écrits.[37,38,46]

La création d'un service de consultation sur la matière et les pratiques privilégiées dans les milieux spécialisés en VIH/sida serait bénéfique tant aux ÉSI qu'aux enseignants. En cas de questions sur le VIH/sida, ils pourraient s'adresser à une association ou une organisation qui jouerait un rôle d'intervenant dans l'enseignement ou dans la pratique. En ce qui concerne le cadre de compétences en VIH/sida, il devrait être utilisé par tous les programmes de sciences infirmières pour la formation initiale, afin de s'assurer qu'ils abordent tous les compétences de base nécessaires pour la prestation de soins aux PVVIH. Ainsi, ce cadre pourrait être approuvé par l'ACÉSI pour l'accréditation des écoles en sciences infirmières.

Limites

L'étude comportait des limites qu'il importe d'aborder. En premier lieu, le choix de n'analyser que des manuels en médecine-chirurgie et non des manuels de périnatalité, de pédiatrie représente une limite. Or, il était nécessaire de

limiter l'échantillon car il n'était pas possible d'inclure tous les manuels utilisés dans la formation de premier cycle des ÉSI pour des raisons de faisabilité. Inclure les manuels de médecine-chirurgie semblait un choix judicieux compte tenu du fait qu'ils sont standards à tous les programmes et qu'ils sont utilisés simultanément dans plusieurs cours. Nous avons également décidé de laisser de côté les manuels américains originaux à partir desquels les manuels canadiens ont été traduits et/ou adaptés pour éviter une répétition du même contenu. Par exemple, le manuel canadien CA.EN.2010.16.11 est une version adaptée du *Medical Surgical Nursing* alors ce dernier n'était pas inclus dans notre échantillon. De plus, par faute d'accès au *Brunner and Suddarth's Textbook of Canadian Medical-Surgical Nursing*, il n'a pas été inclus dans l'échantillon de cette étude. Il importe également de souligner que les manuels choisis sont américanocentriques. D'ailleurs, les versions canadiennes adaptées ou traduites sont inspirées des manuels américains et nous comprenons que ceci est une limite en soi. Il convient de souligner que notre étude a examiné le chapitre imprimé seulement et non le matériel électronique complémentaire aux manuels, le cas échéant. Le fait que cette étude ait été complétée selon les principes de l'analyse qualitative de contenu pourrait être considéré comme une limite. Cette approche méthodologique permet d'analyser une grande quantité de données textuelles, mais son objectif est d'exposer le contenu manifeste et latent des chapitres analysés. Ainsi, cette approche ne permet pas d'aller au-delà du contenu afin d'analyser le contexte, la production des manuels, les discours, et les effets réels des représentations du VIH, des PVVIH et des soins. Cette approche ne permet pas non plus de comprendre l'expérience des enseignants en sciences infirmières, incluant leurs connaissances, le contenu complémentaire utilisé en classe et les stratégies pédagogiques auxquelles ils font appel. Enfin, cette approche ne permet pas de comprendre l'expérience des ÉSI ni leurs connaissances, attitudes et pratiques en lien avec le VIH.

Conclusion

À la lumière des résultats, il s'avère nécessaire de changer le matériel pédagogique utilisé en matière de VIH/sida. Il est donc primordial d'y inclure les connaissances infirmières (p. ex., accompagnement au diagnostic, la gestion des symptômes associés au traitement, l'invalidité épisodique, le soutien et l'accompagnement dans le dévoilement obligatoire, etc.) pour modifier les discours de surveillance prédominant et mettre l'accent sur les objectifs des soins infirmiers. Il faudrait également clarifier les responsabilités professionnelles et mieux intégrer le rôle infirmier dans le

contenu pédagogique, à savoir, l'évaluation, le soutien, la préparation et l'accompagnement de la PVVIH. Puisque notre étude s'inscrit dans un domaine de recherche qui est encore jeune au Canada, elle offre des avenues futures pour la recherche. D'abord, une analyse qualitative de contenu des manuels utilisé en périnatalité, pédiatrie, physiopathologie et microbiologie pourrait être entreprise pour compléter notre étude. Il serait également intéressant d'effectuer une analyse critique de discours pour s'attarder aux discours employés dans les manuels, à la construction du sujet (la PVVIH, l'infirmier), à la position de l'auteur et la production et transmission des savoirs en sciences infirmières. Cette recherche permettrait d'étudier des éléments importants qui ne pouvaient pas faire l'objet d'une analyse qualitative de contenu.

Notes

1. Pour faciliter la lecture du texte, le masculin englobe le féminin dans ce document.

Références

1. La fédération canadienne des syndicats des infirmières et infirmiers. *La main-d'œuvre infirmière*. 2014. Disponible sur <https://fcsii.ca>. Consulté en septembre 2015.
2. Association canadienne des écoles de sciences infirmières. *Cadre national de l'ACESI sur la formation infirmière*. 2014. Disponible sur www.casn.ca. Consulté en septembre 2015.
3. Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie. *Core competencies for HIV/AIDS nursing education at the undergraduate level*. 2013. Disponible sur <http://canac.org>. Consulté en septembre 2015.
4. Association canadienne des écoles de sciences infirmières. *Soins palliatifs et soins fin de vie*. 2011. Disponible sur www.casn.ca. Consulté en septembre 2015.
5. Association canadienne des écoles de sciences infirmières. *Compétences en santé publique pour la formation en sciences infirmières de premier cycle*. 2014. Disponible sur www.casn.ca. Consulté en septembre 2015.
6. Fédération des infirmières et infirmiers en santé mentale et Association canadienne des écoles de sciences infirmières. *Formation en santé mentale et en toxicomanie*. 2015. Disponible sur www.casn.ca. Consulté en septembre 2016.
7. Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada. *Compétence culturelle et sécurité culturelle en enseignement infirmier des Premières nations, des Inuits et des Métis*. 2009. Disponible sur www.casn.ca. Consulté en septembre 2016.
8. Gagnon, M., & Cator, S. Mapping HIV nursing core competencies in entry-level education: A pilot project. *Journal of Nursing Education* 2015; 54(7): 409-415.
9. Watkins, S., & Gray, J. Human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome: A survey of the knowledge, attitudes, and beliefs of Texas registered nurses in the 21st century. *Journal for Nurses in Staff Development* 2006; 22(5): 232-238.
10. Naughton, J. D., & Venable, P.V. HIV stigmatization in healthcare providers: Review of the evidence and implications for HIV care. In Liamputtong, P (Ed), *Stigma, Discrimination and Living with HIV/AIDS: A Cross-Cultural Perspective*. Springer Science: New York; 2013.
11. Pickles, D., King, L., & Belan, I. Attitudes of nursing students towards caring for people with HIV/AIDS: Thematic literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 65(11): 2262-2273.
12. Relf M.V., Laverriere K., Devlin C., & Salerno T. Ethical beliefs related to HIV and AIDS among nursing students in South Africa and the United States: A cross-sectional analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 46(11):1448-1456.
13. Gagnon, M. Re-thinking HIV-related stigma in health care settings: A qualitative study. *JANAC* 2015; 26(6): 703-719.
14. Whetten, K., Leserman, J., Whetten, R., Ostermann, J., Thielman, N., & al. Exploring lack of trust in care providers and the government as a barrier to health service use. *American Journal of Public Health* 2006; 96(4): 716-721.
15. Hsieh, H-F., & Shannon, S.E. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 2005; 15(9): 1277-1288.
16. Schreier, M. *Qualitative Content Analysis*. London: SAGE Publications; 2012.
17. Schreier, M. *Qualitative Content Analysis*. In the Sage Handbook of Qualitative Data Analysis, 2014.
18. Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage; 1994.
19. Graneheim, U.H., & Lundman, B. Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness, *Nursing Education Today* 2004; 24(2): 105-112.

20. Elo, S., & Kyngas, H. The Qualitative Content Analysis Process. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 62(1): 107-115.
21. Elo, S., Kaarlainen, M., Kanste, O., Polkki, T., Utraiainen, K., & Kyngas, H. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *Sage Open* 2014; 1-14.
22. Tracy, S. J. Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative inquiry* 2010; 16(10): 837-851.
23. Foreman, J., & Damschroder, L. Qualitative Content Analysis. In *Empirical Methods for Biethics: A Primer*. UK: Elsevier Ltd; 2008.
24. Samji, H., Cescon, A., Hogg, R., Modur, S.P., Althoff, K.N., & al. Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *Plos One* 2013; 8(12): e81355.
25. Wansom, T., Thomas, E.G., & Sandhya, V. Transgender populations and HIV: unique risks, challenges and opportunities. *Journal of Virus Eradication* 2016; 2(2): 87–93.
26. Gagnon, M. & Holmes, D. Let’s Talk Side Effects: Research Brief. 2016. Ottawa.
27. Gagnon, M., & Guta, A. HIV Viral Load: A concept analysis and critique. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal* 2014; 28(3): 204-227.
28. Petro-Nustas, W., Kulwicki, A., & Zumout, A. F. Students’ knowledge, attitudes, and beliefs about AIDS: A cross-cultural study. *Journal of Transcultural Nursing* 2002; 13(2):118- 125.
29. Atav, A. S., Sendir, M., Darling, R., & Acaroglu, R. Turkish and American undergraduate students’ attitudes toward HIV/AIDS patients: A comparative study. *Nursing Forum* 2015; 50(2):116-124
30. Perron, A., & Holmes, D. Constructing mentally ill inmates: nurses’ discursive practices in corrections. *Nursing Inquiry* 2011; 18(3): 191-204.
31. Race, K. *The Undetectable Crisis: Changing Technologies of Risk*. Sage Publications 2001; 4(2): 167-189.
32. Gastaldo, D. & Holmes, D. Nursing and Foucault: A History of the Present. *Nursing Inquiry* 1999; 6 (1): 17-25.
33. Holmes, D., & Gastaldo, D. Nursing as Means of Governmentality. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 38 (6): 557-565.
34. Holmes, D. & O’Byrne, P. The Art of Public Health Nursing: Using Confession Technè in the Sexual Health Domain. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 56 (4): 430-437.
35. Perron, A., Fluet, C., & Holmes, D. Agents of care and agents of the state: bio-power and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50(5): 536–544.
36. Bektas, H.A., & Kulakac, O. Knowledge and attitudes of nursing students toward patients living with HIV/AIDS (PLHIV): A Turkish perspective. *AIDS Care* 2007; 19(7):888-894.
37. Patsdaughter, C. A., Grindel, C. G., O’Connor, C., & Miller, K. H. Students’ decisions to select HIV services for clinical experiences. *Nurse Educator* 1999; 24(3): 35-39.
38. Cornelius JB. Senior nursing students respond to an HIV experiential-teaching method with an African-American female. *J Natl Black Nurses Assoc.* 2004;15(2):11-16.
39. Bolan, D.H., Scott, M.A., Kim, H., White, T., & Adams, E. Interprofessional immersion: Use of interprofessional education collaborative competencies in side-by-side training of family medicine, pharmacy, nursing, and counselling psychology trainees. *Journal of Interprofessional Care* 2014; 30(6): 739-746.
40. Bridges, D.R., Davidson, R.A., Odegard, P.S., Maki, I.V., & Tomkowiak, J. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Medical Education Online* 2011; 16:6035.
41. Brunette, V. & Thibodeau, N. Simulation as a tool to ensure competency and quality of care in the cardiac critical care unit. *Canadian Journal of Cardiology* 2017; 33(1): 119-127.
42. Shah, S. M., Heylen, E., Srinivasan, K., Perumpil, S., & Ekstrand M. L. Reducing HIV stigma among nursing students: a brief intervention. *Western Journal of Nursing Research* 2014; 36(10): 1323-1327
43. Rëndahl, G., Innala, S., & Carlsson, M. Nursing staff and nursing students’ attitudes towards HIV-infected and homosexual HIV-infected patients in Sweden and the wish to refrain from nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 41(5): 454-461.
44. Maier-Lorentz, M.M. Transcultural nursing: Its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity* 2008;15(1): 37-43.
45. Arora, S., Jyoti, S., & Chakravarty, S. Effectiveness of an Empowering Programme on Student Nurses’ Understanding and Beliefs about HIV/AIDS. *International Journal of Nursing Education* 2014; 6(1): 89-93.
46. Bowman, J. M., Brown, S. T., & Eason, F. R. Attitudes of baccalaureate nursing students in one school toward

acquired immune deficiency syndrome. AIDS Education
Prevention 1994; 6(6): 35-641.

Pour contacter les auteurs:
Stephany Cator, Inf., M.Sc.Inf.
Infirmière autorisée,
L'hôpital d'Ottawa
Ottawa, Ontario

Marilou Gagnon, Inf., PhD
Professeure agrégée
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
(613) 562-5800 (extension 8249)
451 Smyth Road
Ottawa, Ontario
CANADA
K1H 8M5
Courriel : marilou.gagnon@uottawa.ca