

Résumé

Les infirmières cliniciennes québécoises sont parmi les premières à avoir acquis le droit de prescrire au Canada. Celles qui œuvrent en santé sexuelle semblent avoir été cantonnées dans une pratique biomédicale hétéronormative. L'objectif de l'étude était de faire ressortir les limites de ce nouveau rôle relativement à la médicalisation et l'homogénéisation de leur pratique jugée hétéronormative. Le cadre théorique et conceptuel de la santé sexuelle repose sur le biopouvoir et l'hétéronormativité. Cette recherche qualitative utilisant une approche en phénoménologie herméneutique a été réalisée à l'aide d'entrevues semi-dirigées auprès de neuf (N=9) infirmières prescriptrices de la région des Laurentides au Québec. Les résultats montrent bien que la quête d'une approche biomédicale pour assurer la pratique s'avère liée à l'expression d'un biopouvoir et que le travail auprès de populations symptomatiques, plus complexe et laissé aux médecins, accentue l'homogénéisation de la patientèle (jeune, blanche, hétérosexuelle) révélant une certaine hétéronormativité de la pratique infirmière.

Mots clés biopouvoir, hétéronormativité, minorité sexuelle et de genre, prescription infirmière, santé sexuelle

Santé sexuelle, biopouvoir et hétéronormativité : les enjeux d'une médicalisation de l'expérience des infirmières cliniciennes dans un rôle de prescripteur en santé publique au Québec

MONIQUE BENOIT, SYLVIE CHARETTE, ISABELLE SAVARD, GILBERT ÉMOND & JEAN DRAGON

Introduction

L'infirmière clinicienne qui exerce dans le domaine de la santé publique peut prescrire la contraception, traiter des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez une personne asymptomatique ayant reçu un résultat positif au dépistage de deux types d'infection (*Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*) et prescrire un médicament pour traiter l'infection chez un partenaire asymptomatique

de cette personne en prescrivant des traitements médicamenteux requis.[1]

C'est en 2013 que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a amorcé des démarches auprès du Collège des médecins du Québec (CMQ) afin d'ajouter la prescription à la liste des activités professionnelles des infirmières. Depuis janvier 2016, le Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière ou un infirmier au Québec, autorise les infirmières cliniciennes, c'est-à-dire celles titulaires d'un diplôme de baccalauréat en sciences infirmières, à prescrire des médicaments ou demander des analyses de laboratoire dans certaines situations cliniques, par exemple dans les domaines des soins de plaies, de la santé publique ou encore des problèmes de santé courants.[2]

Rappelons que le Québec est parmi les premières provinces canadiennes à avoir accordé un tel rôle à des infirmières cliniciennes;[3] alors que le rôle de prescripteur par des professionnels non-médecins, est généralement réservé à des infirmières en pratique avancée (IPA) possédant un diplôme

universitaire de 2e cycle, dont les infirmières praticiennes spécialisées (IPS).[4] Ainsi, le rôle de prescripteur destiné à des non-médecins, la formule anglaise étant les « non-medical prescribing », est depuis peu reconnue au Québec à des infirmières cliniciennes, des pharmaciens et des professions paramédicales (ex.: sages-femmes) qui se « substituent » aux médecins dans le rôle de prescripteur, suivant une approche visant à améliorer l'accès aux soins.[5] Cette substitution s'inscrit généralement en contexte de pénurie de médecins,[6] le plus souvent en régions éloignées des grands centres urbains et vise à réduire les temps d'attente qui ont des conséquences négatives sur la santé de la personne et un impact sur l'augmentation de maladies chroniques.[7] En Europe, la formation des infirmières se fait généralement dans les établissements d'enseignement supérieur,[1] de même que pour l'ensemble des prescripteurs non-médecins.[8]

Les infirmières cliniciennes de la santé publique et du milieu communautaire exercent en santé sexuelle auprès des jeunes depuis plusieurs années au Québec avec l'aide des ordonnances collectives rédigées par les médecins. Rappelons que les ordonnances collectives sont des prescriptions données par les médecins à des professionnel.le.s leur permettant de traiter, d'examiner ou de soigner des patient.e.s. Aussi, ces infirmières se retrouvent surtout à exercer dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC), ainsi que dans les écoles et les collèges d'enseignement général et professionnel (CÉGEP). Enfin, cette « nouvelle » pratique de prescripteur est considérée comme un élargissement de leur rôle.

Parmi les dix-sept activités réservées à la profession infirmière, l'infirmière prescriptrice en santé sexuelle est appelée à : « évaluer la condition physique et mentale de la femme; initier des mesures diagnostiques pour fin de dépistage; initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques en fonction d'une ordonnance; prescrire la contraception hormonale, un dispositif intra-utérin (stérilet) ou la contraception d'urgence; connaître et reconnaître les signes ou symptômes nécessitant de diriger la femme vers un médecin ou une IPS ».[9] Il apparaît dès lors que les activités de prescripteur sont principalement orientées vers la santé reproductive des femmes et éventuellement de leur partenaire. L'élargissement du rôle de l'infirmière vient avec une certaine complexité du traitement et de la prescription qui implique son jugement clinique. Par exemple, on constate la complexité du processus menant au choix du traitement dans le contexte d'une infection de chlamydia ou de gonorrhée. En effet, l'évaluation de l'infirmière doit tenir compte du site d'infection (urétrale, endocervicale ou rectale et/ou pharyngée) et des antécédents d'allergies pour choisir le traitement approprié dans ce contexte.[10] Dans leur volonté

d'assurer une meilleure pratique, des avis gouvernementaux, fondés sur les guides de pratique publiés par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), viennent assurer l'uniformisation de la pratique, faciliter l'accès aux produits pharmaceutiques à employer et informer des contre-indications qui leur sont associées.

Dans le cadre d'une formation continue, ces infirmières auront obtenu leur droit de prescrire des contraceptifs combinés ou à base de progestatifs, la contraception d'urgence (ex. pilule du lendemain); elles pourront également prescrire un DIU, mais ne pourront en faire l'installation. Elles pourront également soigner les personnes et leur.s partenaire.s asymptomatiques aux prises avec une ITSS en leur prescrivant un antibiotique. Leur pratique pour le dépistage des ITSS se limitera cependant aux personnes asymptomatiques réduisant l'étendue de leur intervention à la référence des personnes présentant des symptômes à des ressources médicales ou IPS afin qu'elles puissent recevoir le diagnostic et le traitement adapté à leur condition.

Si l'introduction de ce nouveau rôle a été qualifié d'innovation révolutionnaire dans les soins de santé, d'autres critiquent cette façon de médicaliser la profession et, de ce fait, la pratique infirmière. Certaines critiques de ce nouveau rôle de prescripteur peuvent être associées au fait qu'il insiste surtout sur la dimension biomédicale.[11] Bien que le savoir infirmier sur la sexualité repose principalement sur une approche holistique,[12] la prescription de contraceptifs et le dépistage des ITSS, occupant une place prépondérante dans la pratique de ces infirmières, semblent centrées sur la médicalisation de la sexualité.[13]

Une autre critique montre que cette pratique tend à se concentrer sur une population homogène (jeune, blanche et hétérosexuelle).[14] En effet, des écrits scientifiques montrent que la santé sexuelle des personnes vivant avec un handicap, sans-abri, travailleuses du sexe, utilisatrices de drogues, issues des communautés lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queers, et bispirituels (LGBTQ2S+) et personnes immigrantes étaient la plupart du temps mal comprises, mal accueillies, voir ignorées par le système de santé.[15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25]

Enfin, une autre critique souligne un manque de connaissances, voire un inconfort, chez les infirmières à discuter de la sexualité.[26,27] Cette critique peut laisser penser que ce nouveau rôle des infirmières prescriptrices en santé publique ajouterait à la pratique une tendance à l'hétéronormativité.[28] Or, ce sont pourtant ces personnes des minorités sexuelles ou de genre, personnes marginalisées,

en situation de vulnérabilité et souvent stigmatisées, dont l'accès aux services de santé et de services sociaux est le moins bien protégé en matière de soins de santé généraux et de santé sexuelle,[29] qui auraient intérêt à pouvoir recourir à ces infirmières prescriptrices.

Le présent texte offre une analyse de la réalité vécue d'infirmières cliniciennes prescriptrices œuvrant en santé sexuelle au Québec. Ces témoignages permettent d'identifier la présence d'une pratique hétéronormative de la prescription à partir de son rapport au biopouvoir qui est un enjeu central lié à ce nouveau rôle des infirmières cliniciennes. Ce rapport de la discipline infirmière au biopouvoir est un enjeu lié à la profession et à la pratique prescriptive qui se joue entre les professions médicales de la santé, l'industrie pharmaceutique et l'État, qui énoncent les règles et normes des professions. C'est en cela que s'exerce le biopouvoir notamment dans le passage, chez les infirmières, d'une pratique habituellement centrée sur le soin, la personne, la communauté et leur environnement, vers une autre centrée sur le modèle biomédical. Rappelons que ce dernier a largement démontré, tout au long de son histoire, s'être fondé sur une approche hétéronormative liée à une vision binaire des genres largement orientée sur le corps des femmes reproductrices.[30]

Notre examen des écrits et des cadres réglementaires de la pratique démontre les difficultés à se soustraire d'un modèle biomédical hétéronormatif et à élargir ce nouveau rôle d'infirmières prescriptrices à une pratique ouverte aux diversités de classes, de sexes et de genre, celles liées aux communautés racisées et vivant avec un handicap. Ceci afin de mieux répondre à l'ensemble des besoins spécifiques de ces populations en situation de marginalité et de ce fait, rendues vulnérables par ce biopouvoir hétéronormatif faisant valoir l'hétérosexualité comme une norme sociale, neutre et prétendument universelle,[31] aussi bien dans la société que dans un espace biomédical et curatif. L'objectif de l'étude est de saisir la réalité vécue par des infirmières cliniciennes dans leur nouveau rôle de prescriptrice en santé sexuelle relativement à la médicalisation et l'homogénéisation hétéronormative de leur pratique. La question sous-jacente à un tel objectif étant d'imaginer : De quelle manière ce nouveau rôle de « prescripteur », permettant à certaines infirmières cliniciennes d'œuvrer dans le champ de la santé sexuelle, les expose aux limites d'un biopouvoir hétéronormatif ? Ultiment, cela permettra d'imaginer ce que pourrait être une pratique répondant aux besoins des diversités sexuelles, de genre et culturelles.

Cadre théorique

La relation des infirmières à la santé sexuelle n'a jamais été conceptualisée de manière à faire ressortir un cadre de référence théorique à cette pratique. Dans le contexte de la prescription infirmière (PI) en santé publique, la santé sexuelle devient, pour ainsi dire, un faire-valoir à la médicalisation accrue de la pratique infirmière. L'hégémonie médicale qui, selon Foucault, correspond à la présence d'un biopouvoir dans les sphères sociales et politiques, représente une conséquence du phénomène de médicalisation.[32] Aussi, ce rôle de prescripteur vient accentuer le déséquilibre d'une profession généralement centrée sur le soin, la personne-famille, la santé et l'environnement, métaparadigme central au domaine des sciences infirmières.[33] vers une médicalisation accrue de sa pratique. Ce déséquilibre explique en quelque sorte le recours au concept de biopouvoir tel que décrit par Foucault, qui est le premier à mettre en relation l'exercice du pouvoir de l'État sur la vie. Cette relation a permis de repenser d'une part, comment l'État était producteur d'un discours de pouvoir sur la vie mais aussi, d'autre part, en quoi l'exercice du pouvoir impliquait une relation avec la vie et par conséquent avec la reproduction des êtres humains. Foucault expliquera l'importance de la surveillance et du contrôle des corps et de la sexualité exercés par l'école, la prison et nous pourrions ajouter la médecine moderne sur cette relation de pouvoir. Cette surveillance et ce contrôle émaneraient justement du pouvoir « souverain » de « faire mourir ou de laisser vivre », qui était le propre des sociétés traditionnelles, vers un nouveau pouvoir, exercé notamment par la médecine moderne, qui visera cette fois à « faire vivre et laisser mourir ».[34] Son ouvrage, *Naissance de la clinique*, montre également que le discours sur la vie est toujours un discours sur la mort et c'est dans ce rapport entre la vie et la mort qu'apparaît la figure du pouvoir, cette fois, à travers le regard du médecin qui détecte les symptômes sur le corps du malade. Le concept de biopouvoir est donc un concept à la fois historique, politique et critique qui permet d'analyser la production des discours et des pratiques médicales sur la vie.

Dans le contexte qui nous occupe, le biopouvoir est l'expression du dressage des corps dans l'intérêt de la Nation et du contrôle de la reproduction; répondant également implicitement, pourrait-on ajouter, à un référent d'homme, blanc, hétérosexuel, associé au colonialisme médical.[35,36,37,38] Le dressage des corps dans un cadre hétéronormatif a récemment fait éclater le concept de sexualité, invitant à tenir compte du concept de genre décrit par Judith Butler,[39] avec l'exigence de voir dans la santé sexuelle des personnes, la place qu'il fallait désormais accorder aux minorités sexuelles

et de genre. Ainsi, cette production des discours et des pratiques sur la vie s'inscrit précisément dans le propos que l'on tient sur le rôle de prescripteur en santé sexuelle qui peut également laisser penser que cette pratique exclue une perspective normative et moralisatrice.[40] Or, le travail des infirmières prescriptrices en santé sexuelle ne devrait pas se limiter aux seuls enjeux liés à la procréation et à la lutte contre certaines ITSS, mais à une approche plus holistique telle que stipulée par l'OMS (1975) qui insiste sur une relation positive et respectueuse de la sexualité et des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination et violence.[41] Cela afin d'atteindre et maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et satisfaites. Or, l'administration des CLSC, où se pratique la prescription infirmière en santé sexuelle au Québec, limite considérablement une telle approche holistique pour les infirmières prescriptrices en restreignant leur pratique et les populations qu'elles peuvent soigner. D'ailleurs, le fait de réserver l'apport des infirmières en santé sexuelle aux écoles et aux CLSC, presque exclusivement auprès des jeunes de moins de 25 ans, démontre le cloisonnement de ces professionnelles en soins qui pourraient faire davantage pour la population. Le biopouvoir qui s'exerce dans le discours biomédical emprunté par les infirmières prescriptrices est ainsi empreint d'une hétéronormativité bien présente dans ce qui est rapporté par les écrits scientifiques, comme en fait foi la recension de écrits qui suit.

Recension des écrits

La présente recension des écrits, à partir des bases de données scientifiques CINAHL, Érudit et Cairn, a portée sur la pratique infirmière en santé sexuelle. Les articles retenus reposent sur un ensemble de revues systématiques, revues intégratives et recherches qualitatives montrant qu'il existe un véritable questionnement sur la pratique infirmière en santé sexuelle. Ces écrits scientifiques interpellent au premier chef les professionnel.e.s de la santé, les infirmières surtout, à tenir compte des limites d'une pratique fondée sur le modèle biomédical et ultimement, de l'exercice d'un biopouvoir hétéronormatif rigide en matière de santé sexuelle. Les résultats de cette recension des écrits sont principalement associés à la santé sexuelle des personnes marginalisées, racisées et celles appartenant aux minorités sexuelles et de genre. Ces personnes connaissant bien souvent une prévalence accrue avec, par exemple, des problèmes de dépendances, de « sans-abrisme », de dépression, de cancer et d'ITSS.[42] Aussi, ces différents problèmes biopsychosociaux les rendent plus vulnérables à des problèmes de type symptomatique, devant être pris en charge par des médecins

ou des IPS, parce qu'associée aux maladies chroniques et aux comorbidités, excluant de ce fait la pratique de l'infirmière prescriptrice.

Le rapport du comité permanent de la santé,[43] d'où émanent plusieurs recommandations montre que ces populations fréquentent peu le réseau de la santé conventionnel, victimes de facteurs contribuant aux iniquités de santé, telles la stigmatisation et la marginalisation.[43] Les iniquités en santé, liées à la perception du personnel. le.s de santé à l'égard de l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, sont vécues par les communautés LGBTQIA2 « [...] de manière exacerbée lorsque d'autres facteurs identitaires et déterminants de santé entrent en ligne de compte comme : l'âge, l'origine ethnique, le revenu et l'accès aux soins de santé ».[43 p35] Un constat est présent dans l'ensemble de la recension des écrits, et dans ce rapport ministériel, à l'effet qu'il est impératif d'offrir une formation aux professionnel. le.s de la santé qui tiendra compte de la diversité sexuelle et de genre. La recension des écrits que nous présentons met l'emphase sur les limites de la pratique infirmière dans le domaine de la santé sexuelle. Elle met en évidence les effets d'un biopouvoir hétéronormatif dans lequel la profession d'infirmière risque d'être plus exposée avec la prescription infirmière.

Quatre grands obstacles ont été observés par Fennell et Grand,[44] chez les infirmières qui travaillent en éducation et en santé sexuelle soit : un manque de connaissances au sujet de la santé sexuelle, les attitudes et les croyances des infirmières selon lesquelles les soins de santé sexuelle ne sont pas une priorité et devraient être pris en charge par le privé, l'inconfort des infirmières à discuter de la sexualité et les obstacles perçus liés au temps, aux responsabilités et au soutien organisationnel. Ces auteurs affirment que la formation des infirmières en santé sexuelle devrait tenir compte de soins visant à réduire la stigmatisation et à offrir des soins en santé sexuelle exempts de préjugés, en tenant aussi compte des aspects psychosociaux associés à la réalité de ces patientèles. Ces chercheurs insistent aussi sur l'importance du rôle des organisations professionnelles et communautaires dans l'amélioration de la capacité des infirmières et des professionnel.le.s de la santé à fournir des informations sur les soins de santé sexuelle à leurs patient.e.s. Rejoignant les recommandations de Belle et ses collègues,[45] cette étude permet de réfléchir sur les stratégies à adopter pour un meilleur soutien aux personnes issues des minorités sexuelles et de genre telles que décrites plus haut.

Blookfield et de ses collègues[46] en arrivent aux mêmes résultats quant aux populations transgenres et travailleurs

du sexe masculins. Dans leur revue systématique, ces auteurs soulignent un manque de connaissances sur la santé sexuelle et l'éducation sexuelle ; des attitudes, des croyances et des préjugés à l'égard des pratiques sexuelles (sur le plan culturel, du point de vue du genre et de l'orientation sexuelle) et un manque de confiance dans le traitement des questions sensibles (populations immigrantes, travailleurs du sexe, personnes LGBTQ+). Les écrits, affirment ces auteurs, identifient un « syndrome complexe de désavantage social et d'exclusion » à l'égard des travailleurs du sexe transgenres et de sexe masculin, quant à l'accès aux traitements et aux dépistages, produisant et renforçant des disparités de santé en matière de santé sexuelle. Il va sans dire que cette attitude est en connivence avec un soutien organisationnel défailant représentant un obstacle structurel important et occasionnant le renforcement de disparités sociales de santé et d'accès aux soins en santé sexuelle. L'ensemble de ces attitudes et contextes consolident le renforcement d'une hétéronormativité à l'égard de la santé sexuelle qui prédispose les infirmières à agir uniquement avec ce qu'elles connaissent des minorités sexuelles et de genre, soulignent les auteurs.

Sur cette même population de personnes stigmatisées, Stewart et O'Reilly [47] interrogent les croyances et les attitudes des infirmières et des sages-femmes quant aux besoins en soins de santé des patients LGBTQ+. Cette étude a permis de dégager quatre principales attitudes soit : l'hétéronormativité dans les soins de santé ; la « queerphobie » ; la transphobie et, plus généralement, le besoin d'apprentissage sur la diversité sexuelle et de genre. Les infirmières et les sages-femmes possèdent un large éventail d'attitudes, de connaissances et de croyances qui ont une incidence sur les soins reçus par les patients LGBTQ+. Aussi, des recherches sont nécessaires afin de trouver des interventions susceptibles de faciliter la divulgation de l'orientation sexuelle et d'interrompre les pratiques hétéronormatives par le personnel de la santé. L'étude recommande que les questions LGBTQ+ soient incluses dans la formation de premier cycle en sciences infirmières et soins obstétricaux ou dans le cadre du développement professionnel continu.

Méthodologie

Nous avons choisi de questionner l'expérience vécue des infirmières cliniciennes, car le rôle de « prescripteur » est plutôt récent chez ces professionnelles de la santé et pour répondre à notre question de recherche sur ce nouveau rôle de prescripteur exposant les infirmières aux limites d'un biopouvoir hétéronormatif et dans le but d'être en mesure d'imaginer ce que pourrait être une pratique répondant aux

besoins des diversités. Puisque le rôle de « prescripteur » est plutôt récent chez les infirmières cliniciennes et - afin de répondre à notre question de recherche sur ce nouveau rôle de prescripteur exposant les infirmières aux limites d'un biopouvoir hétéronormatif et dans le but d'être en mesure d'imaginer ce que pourrait être une pratique répondant aux besoins des diversités, nous avons choisi de questionner leur expérience vécue dans ce nouveau rôle. La présente étude repose donc sur un devis de recherche qualitatif à l'aide d'une approche phénoménologique herméneutique.[48] Notre échantillon porte sur neuf (n=9) infirmières cliniciennes qui œuvrent soit dans les CLSC ou en milieux scolaires (écoles secondaires, centre de formation aux adultes et en milieu collégial) de la région des Laurentides au Québec. Aussi, le recrutement a grandement été facilité par le *Centre intégré de santé et de services sociaux* (CISSS) des Laurentides par l'entremise de son personnel et en particulier, par les chefs d'administration de programme de santé publique et les infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat (ICASI), lesquels ont permis de dresser une liste des infirmières prescriptrices dans les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPE), les cliniques jeunesse et dans les centres d'études professionnelles (CEP) sur le territoire des Laurentides.

Collecte de données

La collecte de données s'est effectuée dans les Laurentides, entre Blainville et Mont-Laurier du 10 avril au 18 mai 2018, à la réception des certificats éthiques délivrés respectivement par le comité éthique de l'UQO et le comité éthique du CISSS des Laurentides. Toutes les entrevues semi-dirigées, d'une durée d'une heure à une heure trente, ont été réalisées avec l'aide d'un guide d'entrevue dans un CLSC auprès des infirmières ayant obtenu leur permis de prescription. L'analyse de données s'est effectuée avec l'aide d'une lecture systématique des verbatim, permettant de réviser toutes les données et d'en dégager le thème central en tant qu'unité de sens, avant de réfléchir à ce thème et afin d'en tirer une interprétation significative des dimensions psychosociales du nouveau rôle des infirmières prescriptrices.[49]

Analyse des données

L'approche en phénoménologie herméneutique a permis de travailler le matériel des entrevues avec l'aide de techniques d'analyse du discours qui sont d'origine philosophique et historique. D'abord inspirée des travaux de Foucault[50] sur l'ordre du discours, notre analyse a été centrée sur la production discursive du rôle et de la pratique de l'infirmière prescriptrice. Ensuite la tradition française de l'analyse

du discours de Dominique Maingueneau,[51] offrant une méthodologie plus proche de la linguistique, a porté sur le travail des frontières du discours entre le médical et le soin. Enfin, une analyse situationnelle du discours de la tradition américaine inspiré des travaux d'Adele Clarke,[52] offre une analyse des situations de la prescription présente dans le discours des infirmières interrogées. Ces types d'analyse se centrent sur la production des pouvoirs/savoirs, des connaissances et du sujet du discours. Notre travail d'analyse du discours des infirmières prescriptrices s'est inspiré de ces différentes traditions.

Profil des répondantes

Le profil des infirmières que nous avons interrogées montre qu'elles sont toutes des femmes, possèdent toutes un baccalauréat en sciences infirmières et leur âge variait entre 25 et 57 ans. La plupart possèdent une très grande et longue expérience (depuis 5 ans (n=2) sinon depuis plus de 10 ans (n=7) en prévention des ITSS acquise dans les cliniques jeunesse et dans les SIDEp. L'obtention de leur droit de pratique infirmier variait entre 1990 et 2012. La date du droit de prescrire remontait pour la plupart à 2016 (n=4) ou 2017 (n=5). Les valeurs qu'elles prônent à l'égard de la sexualité étaient à la fois liées à la prévention et l'éducation sexuelle dès le tout jeune âge (n=9).

Résultats

Le guide d'entrevue, ayant permis de collecter les données a été construit à partir de trois grands thèmes, dégagés de la problématique, puis des écrits et construit de la manière suivante : 1) Changement de rôle : le changement de rôle qu'offre la prescription à l'infirmière pour travailler en santé sexuelle auprès des populations desservies, l'autonomie de l'infirmière prescriptrice, la différence entre la prescription infirmière et l'ordonnance collective; 2) Prescription infirmière : les bienfaits et les limites de la prescription infirmière à travers les avantages, les frontières et le pouvoir de prescrire; enfin, 3) Effets de la prescription infirmière : les effets de la prescription sur la pratique auprès des personnes en situation de vulnérabilité et le rôle joué par les infirmières prescriptrices auprès de ces populations. Les analyses du discours des témoignages (production du discours hétéronormatif sur le vécu de l'infirmière prescriptrice (Foucault); les frontières du discours entre le biomédical et le soin (Maingueneau); et, l'analyse situationnelle du discours de l'infirmière prescriptrice en région (Clarke) ont été réalisées à partir d'une approche phénoménologique herméneutique du vécu des infirmières prescriptrices rencontrées. Cette approche cherche donc à saisir le phénomène de la prescription tel que vécu par les

infirmières cliniciennes à la fois à travers leurs actions et leurs pratiques, aussi limitées et organisées qu'elles soient, et par ce qu'on en dit et en pense à partir du discours qui y est associé. Ces analyses ont été développées à partir du regroupement des thématiques du guide d'entrevue qui ont ensuite permis de dégager les principales catégories discursives émergentes décrivant le biopouvoir hétéronormatif, comme en font foi les témoignages suivants.

1. Production d'un discours hétéronormatif chez des infirmières prescriptrices

La prescription infirmière, en santé sexuelle, est avant tout une affaire de « filles ». « Il y a beaucoup plus de filles qui consultent, oui, oui, oui. Ça c'est sûr (rire) » (R5). Leur rôle, limité par la loi aux personnes asymptomatiques, les obligent en quelque sorte à orienter leur pratique en contraception abordée surtout chez les filles et aux ITSS résultant de problématiques issues de santé reproductive. Cette pratique dictée par la loi limite ainsi ces infirmières à une pratique hétéronormative.

Premièrement pour la contraception c'est sûr (...)... déjà là c'est la première approche pour les ITSS. La pilule du lendemain c'est encore une fille qui vient. Les tests de grossesse, c'est encore une fille qui vient. J'approche beaucoup plus les filles. Les gars des fois ils viennent pour des condoms mais moi j'ai une boîte de condoms à quelque part à l'extérieur donc... Mais je sais y en avait bin, comme à la clinique des jeunes là, quand on faisait des cliniques adultes ils avaient peur du petit q-tips dans le pénis là. Faque je pense que c'est peut-être une méconnaissance parce que les filles s'y connaissent beaucoup plus parce qu'elles viennent souvent pour d'autres choses tandis que les gars ne connaissent pas ça. Les tests de dépistage... (R5)

En santé scolaire, l'ordonnance collective, inscrivait déjà la prescription infirmière dans un continuum ciblant surtout la santé sexuelle chez les jeunes femmes, la contraception féminine et le dépistage des ITSS à partir des « filles ». Voici comment est décrit ce continuum.

Ben ça on avait déjà le droit avec les ordonnances collectives de prescrire la pilule, mais ça se limitait à ça, pis là maintenant, depuis la dernière année, ben on peut prescrire, renouveler, hem... modifier aussi plus... les ITSS, donc faire des dépistages, pis pouvoir traiter au besoin, avec la pilule du lendemain ça aussi ça faisait partie d'une ordonnance collective, mais tout ça, ben, c'est une grosse avancée, mais surtout pour nous (R2).

Peu de place est faite aux personnes faisant partie des communautés LGBTQ+, accentuant de ce fait une orientation

hétéronormative de la prescription. « Ceux [celles] qui vont en profiter, c'est vraiment les adolescents[es] » (R2) dans leur milieu de vie, soit à l'école.

Ce sont les infirmières travaillant dans les services intégrés de dépistage et de prévention des infections (SIDEP) qui s'occupent des populations en situation de vulnérabilité et qui font également de la vaccination.

Moi j'ai travaillé avec des personnes vulnérables sans-abri, n'essaye pas de fixer des rencontres... Je poursuis aussi pour faire de la vaccination qui a été commencée au niveau des hépatites, souvent, quand qu'y ont été en centre de désintox, ben là y'ont commencé la vaccination, fait que je poursuis, c'est une porte d'entrée. (R4).

Encore une fois, ces infirmières interviennent plus spécifiquement dans un contexte hétéronormatif toujours plus spécifiquement auprès des femmes.

On a quelques fois des femmes vulnérables, des femmes en toxicomanie, qui peuvent être travailleuses du sexe aussi... on n'a pas de transgenres, on a quelques personnes vulnérables. Avec ces personnes-là, oui, ça peut être intéressant, parce qu'y sont plus, euh, comment j'dirais... y vont peut-être moins chez le médecin, parce qu'ils vont se sentir jugés, souvent... alors qu'avec nous y ne se sentent pas jugés, parce qu'on est là pour les recevoir comme y sont, pis on leur dit : « bon, tu viens m'voir quand tu veux, pis on essaie de... justement, d'avoir une approche ouverte... (R4).

Le travail de l'infirmière prescriptrice des SIDEP a un rôle plus direct sur les populations en situation de vulnérabilité. La plupart adoptent une approche en réduction des méfaits. « On a aussi les UDI, les utilisateurs de drogues injectables, qui viennent pour chercher du matériel, avec qui on essaie de créer des liens » (R1).

L'infirmière des SIDEP a un impact sur la rue, elle va rejoindre les jeunes dans la communauté en travaillant à partir de l'école. Elles font principalement du dépistage et de la prévention auprès des femmes enceintes qui ont eu des enfants (R3) dans les centres d'aide pour adolescentes enceintes.

Certaines ont développé une expertise de la santé des jeunes adolescentes. Cette expertise apparaît être largement influencée de ce qui apparaît participer d'un « biopouvoir hétéronormatif » tel que décrit par cette répondante :

Là je vous dirais qu'est-ce que ç'a changé dans mon rôle [...] je suis vraiment beaucoup plus autonome. [...] je fais des examens gynécologiques, je fais les 'Pap tests', je fais les prélèvements au col, [...] je suis sûre qu'ils ne font pas ça ailleurs ! Je fais les touchers

vaginaux pour la mobilisation du col [...] qu'est-ce qui me resterait à faire de plus ? Insérer un stérilet? [...] ça je pense que c'est une tout autre procédure [...] (R4).

Cette description de la pratique est non seulement calquée sur celle du médecin (bio) mais enjoint l'usage d'une expertise dont l'intervention participe principalement du contrôle (pouvoir) sur la reproduction et le cycle reproductif des jeunes femmes autant que de leur santé sexuelle.

2. Biopouvoir et frontières entre le discours biomédical (curatif) et de soin (préventif)

Prescrire est surtout considéré comme l'apanage des médecins. Plusieurs participantes ont souligné quelques insécurités inscrites dans un rapport paternaliste des médecins, quant à l'exercice de ce nouveau rôle de prescripteur :

Qu'est-ce qui est mon rôle là-dedans, euh, avec les médecins, euh... y'a beaucoup de choses, des incertitudes aussi, parce que je ne connais pas tout. Toutes les années de pratique que les médecins ont derrière eux pour renouveler la contraception! On s'disait, « Est-ce qu'on va être à la hauteur ? », « Est-ce qu'on va être capables de le faire ? », mais on a eu des bons outils, faits par des médecins et tout ça, qui nous disaient. « Les filles, lisez votre protocole, y'est tout bien fait ! », vous avez des saignements, qu'est-ce qu'on fait ? y'a des nausées, qu'est-ce qu'on fait ? Donc, les outils nous ont aidés beaucoup, pis c'est à force de voir les jeunes et d'en voir plusieurs, pis c'est là qu'on prend l'assurance, l'expertise, et tout ça, pis qu'on devient meilleures. (R1)

En dehors de ces insécurités que l'on retrouve surtout chez les infirmières en fin de carrière, il y a des avantages à la prescription infirmière. Ces avantages sont généralement décrits en relation, ou en comparaison, avec le travail des médecins et s'inscrivent dans ce qu'on pourrait appeler une « version infirmière du biopouvoir » que nous tentons de décrire dans les témoignages suivants.

Le biopouvoir de la prescription infirmière s'inscrit dans la façon dont les infirmières exercent la relation avec sa patientèle : « pour nos patients, ben c'est l'fun, parce qu'ils nous connaissent, nos patientes nous connaissent, et sont plus près de nous que, disons, le médecin, qui est tout le temps vu comme sur un piédestal, non ? » (R1)

Les avantages de la prescription sont ainsi définis comme la reconnaissance des soins de proximité qu'elles offrent, bien différents de ceux des médecins : « Alors tu sais l'avantage, pour moi c'est plus varié, c'est plus l'fun, c'est plus stimulant, c'est valorisant, mais [...] c'est les jeunes qui en tirent profit, pas moi [...] » (R2). « Tu sais, contrairement au médecin, je ne

signe pas une prescription pis j'ai un bonus dans mes poches quand je le fais [...] (rire) Je ne suis pas plus payée. (rire) (R2).

C'est ce qui fait dire par une répondante qu'avec la prescription infirmière : « [Les médecins] ont vu ça comme un allègement de leur travail aussi, pis ça leur permet de faire des suivis pour les personnes qui sont symptomatiques, donc avoir plus de temps, là... » (R2).

Il existe une frontière, décrite comme des « zones grises », entre le médical et le soin, par la loi qui régit le rôle de l'infirmière prescriptrice partageant la patientèle entre les personnes symptomatiques pour les médecins et celles asymptomatiques, plus nombreuses, destinée aux infirmières prescriptrices.

Ben, y'a des limites, parce qu'avec la prescription, il y a un protocole à suivre mais des fois y'a des zones grises où ce n'est pas évident. Alors, on essaie de voir si on ne pourrait pas avec les médecins organiser les zones grises différemment. Si y'a pas de médecin dans les parages, pis qu'on doit traiter un partenaire, pis on ne peut pas parce que finalement y'a des symptômes, il faut référer ailleurs. C'est ça qu'y est un petit peu fatiguant. Nous dès que quelqu'un a des symptômes, au niveau des ITSS, ben on doit référer au médecin et tout ça...(R1).

Le partage par la loi de la prescription entre les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes, les IPS et les infirmières prescriptrices, instaure des limites quant aux décisions qui doivent être observées sur le terrain et qui sont généralement considérées comme des frontières à ne pas franchir. Ce sont des frontières qui ne sont pas toujours évidentes.

Oui, y'a des limites, c'est les fameux effets secondaires, ça c'est sûr. Il faut aller chercher les bonnes questions. Si la personne n'est pas précise dans ses réponses, ben j'réfère au médecin... mais t'sais, des douleurs abdominales, bon, c'est tu une douleur abdominale normale ? C'est des douleurs abdominales suite à des menstruations ? C'est tu des douleurs abdominales qu'y peuvent dire que c'est une infection pelvienne, que là y faut que je réfère au médecin ou à l'IPS?... (R3)

L'exercice du biopouvoir des infirmières prescriptrices relève également de leur rapport aux pharmaceutiques avec lequel elles tracent une frontière nette avec la manière de faire des médecins :

Je ne suis pas certaine que ce serait vraiment une bonne affaire que d'autoriser les compagnies pharmaceutiques à nous rencontrer, comme elles le font avec les médecins, pour nous donner de l'information sur les différentes molécules... parce que je l'ai vécu moi en sept ans au GMF. J'en ai eu des formations pis y en a des soupers-conférences payés

par les compagnies. T'as la compagnie de telle sorte qui vont plus prescrire ça... Ça serait la même affaire au niveau des infirmières... Alors ça, je ne suis pas certaine que ça serait l'idéal parce qu'ils ont toujours la meilleure molécule (R7).

Le biopouvoir renforcé par les frontières interprofessionnelles entre le médical et le pharmaceutique en viendrait donc à mieux délimiter le nouveau rôle d'infirmière prescriptrice si toutefois, ces infirmières en venaient à occuper pleinement leur champ d'exercices et les activités réservées au rôle de prescripateur.

On ne fait pas ça [Pap test]. Je crois qu'il y a certaines infirmières qui sont formées pour le faire, mais sinon, nous on voit vraiment ceux qui sont vraiment asymptomatiques, pis ce sont eux qui font faire leurs propres tests. On ne peut pas le faire, de toute façon je ne pourrais pas faire ça dans les écoles. Ça ne fonctionnerait pas, pis c'est correct aussi. C'est quelqu'un qu'on voit dans son milieu de vie, est-ce que l'élève va être à l'aise de se mettre nue devant l'infirmière de l'école ? T'sais ? Je ne croirais pas. Ici [au CLSC], ça pourrait être envisageable, mais pas dans les écoles, là, non. (R2)

Y a beaucoup d'affaires qu'on ne peut pas prescrire mettons genre tsé, des fois on sait c'est une...peut-être que je m'imagine qu'éventuellement tsé d'y aller petit à petit là. (R5)

(...) peut-être qu'un jour quand on va être bien préparé ben on va reconduire cette clientèle-là pis on va vraiment se confirmer dans notre vrai mandat d'infirmière de santé publique. (R6)

La situation est encore davantage limitée dans l'exercice de la prescription infirmière en région éloignée.

[...] ce n'est pas tout l'univers qui fait des dépistages régulièrement. Nous on ne fait pas les 'Pap tests' à la clinique, non, les médecins voient les jeunes qui ont à faire un 'Pap test' et, peut-être renouveler leur contraception, mais, toutes les autres, c'est nous autres [...] donc les médecins sont vraiment plus dans un rôle maintenant de curatif, avant ils étaient plus dans le préventif [...] (R8).

3. Analyse situationnelle du discours de l'infirmière en région

Nous avons fait une place particulière à une analyse situationnelle du discours en région qui offrait une lecture unique de la situation des infirmières prescriptrices de notre corpus.

Au départ il y avait l'ordonnance collective pour la contraception. Ça s'était déjà du connu. Qu'est-ce qu'on n'avait pas c'est qu'on n'avait aucune ordonnance collective pour une ITSS, donc tout ce qui était pour le dépistage, il fallait aller chercher les

connaissances là-dessus. On avait tout à apprendre et on est parti de loin. Ça a été un enjeu important d'aller chercher les connaissances avant de pouvoir faire les prescriptions. (R8)

On n'était pas sur le même tempo que d'autres milieux qui avaient déjà des ordonnances collectives très détaillées pour le dépistage en ITSS. C'est l'INSPQ qui a fait de belles choses pour nous aider avec les apprentissages à distance (R9).

La pratique de la prescription infirmière en région montre une approche hétéronormative liée aux ordonnances collectives de tests de grossesses, de la contraception et des interruptions volontaires de grossesse (IVG), mais pas des ITSS. L'extension du biopouvoir entourant le dépistage en région, alors qu'il devait être étendu au nouveau rôle de prescripteur, s'est trouvé grandement retardé dans son développement.

On a développé avec notre DSI [direction des soins infirmiers] une ordonnance collective qui aurait pu permettre aux infirmières de faire du dépistage. (...). Ça a été un enjeu important pour nous quand ils nous ont parlé d'initier la prescription infirmière. Parce que tout le monde devait aller se chercher l'information pis on n'avait pas de mentor par rapport à ça. (R6)

Le développement du rôle d'infirmière prescriptrice a représenté un enjeu typique aux régions éloignées des grands centres urbains. C'est le cas notamment des problématiques de confidentialité, d'accès à des ressources et, dans le cas présent, d'accès à des outils de formation à distance aussi efficace que ceux offerts dans les régions densément peuplées.

Des fois nous on va dans des milieux plus vulnérables mettons Zone Emploi qui est un milieu où que les gens c'est un retour au travail tout ça. Là on se rend compte qu'il a besoin de voir un médecin mais on n'est pas capable de référer, parce que tout le monde est saturé en nombre de clients. Mais qu'est-ce qu'on fait avec nos clients vulnérables c'est ça le problème de travailler en silo. (R9)

Il y a enfin la confidentialité qui devient un enjeu sensible quand il s'agit de sexualité, notamment parce que « tout le monde se connaît en région » et qu'éventuellement les professionnel.le.s même, manipulant ces résultats, peuvent aussi être proches.

On est en région et ça devient très très important la notion de confidentialité alors on a tout ça autour qu'on a dû travailler. On a mis en place des procédures pour le respect des résultats à transmettre. Quand ça arrive comment ça va être traité, qui le traite, qui sont les partenaires, comment on va les appeler. Tout ça. Ça a été une grosse année de réorganisation, de boule d'émotion à travers tout ça et d'entraide entre les

collègues. (R9).

Discussion

Dans son livre *Ces corps qui comptent*, Judith Butler [53] souligne que si certains corps (blancs, mâles, hétérosexuels) sont valorisés par la norme, d'autres (tels que lesbiens ou non blancs) sont produits comme abjects, rejetés dans un dehors invivable. Butler reprend la critique foucauldienne de « contrainte productive » en soutenant l'idée de ressaisir la façon dont ces corps peuvent défaire les normes qui les produisent et devenir le lieu d'un pouvoir d'agir transformateur. Il y a, dans cette pratique des infirmières prescriptrices, des enjeux de valorisation de la norme biomédicale hétéronormative qui jouent dans ce choix de limiter la pratique à des personnes asymptomatiques. Autrement dit, le sexe, comme le genre, vus à partir de la pratique des infirmières prescriptrices, constitue une catégorie normative, une norme culturelle, historique régissant la matérialisation du corps. Ainsi, sexe et genre seraient « guidés » à partir des points de vue des infirmières prescriptrices plutôt que tels que ressentis par les patients et patientes. Cette catégorie normative hétéronormative devient alors un idéal régulateur, un biopouvoir, qui ferait « partie d'une pratique régulatrice produisant les corps qu'elle régit ». Reprenant cette analyse de Butler, il devient difficile de se dissocier d'un tel appareillage normatif et de penser la situation autrement que par le filtre des rôles et des capacités officiels des prescriptrices.

Si la plupart des infirmières rencontrées ont affirmé avoir accédé à une plus grande autonomie avec ce nouveau rôle, la quête d'une approche biomédicale associée au biopouvoir de leur pratique prescriptive est centrale à leur réussite. Toutefois, certaines affirment leur différence avec la pratique curative biomédicale, dans le fait de développer une relation de nature préventive avec la patientèle qui pourrait être régulatrice d'un nouveau biopouvoir. Ce dernier ne devrait pas se limiter à une pratique hétéronormative, mais embrasser les principes de la diversité sexuelle et de genre.

Dans les régions éloignées des grands centres urbains, les infirmières cliniciennes semblent ressentir davantage l'emprise du biopouvoir curatif des médecins sur l'exigence de créer un espace répondant à la pénurie de médecins de la région. L'élargissement du biopouvoir préventif des infirmières, par l'accès à une pratique plus holistique et reconnue auprès des personnes de la diversité qu'elles soignent déjà, est largement souhaité. Le rôle du médecin, qui s'avère plus curatif dans ce cas, pourrait demeurer à la fois une personne de référence mais dont le profil professionnel n'aurait plus à être la référence ultime. La création du rôle d'infirmière

prescriptrice qui est encore largement construit à partir de ce profil professionnel des médecins et du colonialisme médical, et auquel on se réfère constamment, pourrait servir à la fois à se comparer mais surtout à dépasser, se valider ou compléter.[54]

Sur le plan de la pratique prescriptive de ces infirmières cliniciennes, il appert qu'elles doivent se limiter, c'est la règle, à des interventions de type hétéronormatives et du domaine de la reproduction. La pratique se restreint précisément à des personnes asymptomatiques et à des cas qui ne demandent pas une intervention plus complexe et ce principe vient restreindre l'infirmière à une pratique générale : prescription de contraceptifs hormonaux et de DIU, dépistage des ITSS et traitement de blennorragies et de chlamydioses, tests Pap, mais pas l'insertion ou le retrait de DIU, ni non plus la prescription de l'hormonothérapie pour les personnes transgenres et non-binaires. Ces limites montrent que l'infirmière prescriptrice n'occupe pas le plein potentiel de son nouveau rôle. Le travail auprès de populations vulnérabilisées, marginalisées, voire stigmatisées, très souvent symptomatiques, leur est encore interdit alors que ce sont elles qui pourraient le mieux intervenir en matière de soins. Aussi, le fait de devoir référer ces personnes à un autre professionnel de la santé risque que leurs soins soient retardés, qu'elles changent d'idée pour accéder aux soins ou qu'elles se sentent exclues du système.

Bien entendu, les dépistages, tout comme le traitement des ITSS par les infirmières prescriptrices, ont le potentiel d'avoir un effet positif sur la réduction des ITSS, mais la volonté politique semble absente pour offrir les moyens de surmonter les obstacles décrits pour exploiter le plein potentiel de ce nouveau rôle auprès des populations les plus vulnérables qui sont celles ayant des besoins qui ne sont pas pris en charge adéquatement. Une harmonisation des services offerts par ces infirmières est nécessaire pour les adapter aux différents besoins de l'ensemble de la population. Or, pour mieux outiller les infirmières en santé publique, il est nécessaire d'assurer une formation plus adéquate en dépistage et en traitement en santé sexuelle puisque l'offre de service actuelle apparaît inégale dans les régions et en fonction des populations dont les besoins ne sont pas encore pris en charge par le système actuel.

Conclusion

L'acceptation des infirmières à devenir prescriptrices fait la démonstration de l'élargissement du biopouvoir des infirmières qui travaillent en santé sexuelle. L'effet de cette nouvelle pratique auprès des jeunes et des populations des minorités culturelles, sexuelles et de genre est encore

à déterminer puisque la pratique demeure largement hétéronormative. À cet effet, l'ambiguïté que représente la quête d'autonomie des infirmières se révèle être un bon indicateur d'une certaine acceptation d'un biopouvoir fondé sur l'hétéronormativité à l'œuvre dans la production de la santé sexuelle auquel n'échappent pas les ITSS et la contraception dans la prescription infirmière. Ce faisant, les infirmières cliniciennes que nous avons rencontrées semblent acquiescer à cette emprise de ce biopouvoir prescriptif sur l'étendue de leur rôle et de leur pratique. En ce sens, le travail de prescriptrice des infirmières exige qu'elles s'interrogent sur cet exercice du pouvoir qui multiplie le contrôle et la régulation de la sexualité des individus, ici principalement des jeunes. Ainsi, les infirmières prescriptrices auraient intérêt à examiner ou le suivi la gouvernance, ou plus exactement le « gouvernement des corps », [55] qui exerce une certaine forme de normalisation sur l'activité sexuelle, bien présente dans le monde de la santé. Ce biopouvoir, résultat des mutations d'anciennes formes de pouvoir qu'elles sont à même d'exercer en acceptant d'emblée la prescription infirmière dans le champ de la santé sexuelle, doit les inviter à se questionner sur la gestion de la santé, des sexualités et, par extension, des identités de genre.

References

- 1.OIIQ, Droit de prescrire. Domaines visés. Santé publique : Contraception – ITSS, <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/prescription-infirmiere/activites-visees>, consulté en mai 2020.
- 2.Durand S. (dir.) Le champ d'exercices et les activités réservées des infirmières et infirmiers (3e édition), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), 2016. Disponible à : <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>. Consulté en mai 2018.
- 3.Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). Cadre de l'infirmière et de l'infirmier autorisé prescripteur. Ottawa. 2015. Disponible à https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/cna-rn-prescribing-framework_f.pdf?la=fr&hash=D791E2AAFD63C099D1C8D2C26CA6EFAD69A9B1. Consulté en mai 2017.
- 4.Niezen MGH, Mathijssen JJP. Reframing professional boundaries in healthcare: A systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. *Health Policy* 2014; 17(2): 151-169. Disponible sur <https://doi.org/10.1016/j>

healthpol.2014.04.016. Consulté en octobre 2017.

5.Weeks G, Johnson G, Maclure K, Stewart D. Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease management in primary and secondary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; (11): CD011227. Disponible à <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011227.pub2>. Consulté en octobre 2017.

6.Bhanbhro S, Drennan VM, Grant R, Harris R. Assessing the contribution of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of literature. *BMC Health Serv Res* 2011,11(330).

7.Creedon R, Byrne S, Kennedy J, McCarthy S. The impact of nurse prescribing on the clinical setting. *Br J Nurs* 2015; 24:878-85.

8.Maier CB. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human Resources for Health* 2019; 17(95). Disponible à <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>. Consulté en juin 2019.

9.Guilbert É, Wagner M-S, Bérubé J, Dubé PA. Protocole de contraception du Québec, INSPQ, Mise à jour en 2018 du document de 2016, (en vue d'inclure les infirmières prescriptrices). Disponible à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2409_protocole-contraception-quebec_fnl.pdf. Consulté en juin 2019.

10.Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Traitement pharmacologique ITSS, Infection non compliquée à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria Gonorrhoeae, Guide d'usage optimal, mise à jour août 2020. Disponible à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Chlamydia_gonorrhoeae.pdf. Consulté en juin 2019.

11.Lim AG, North N, Shaw J. Beginners in Prescribing Practice: Perceptions of Nurse and Doctors. *J Clin Nurs*. 2018; 27(5-6):1103-1112. <https://doi.org/10.1111/jocn.14136>

12.Giami A, Moreau É, Moulin P. Les savoirs infirmiers sur la sexualité : entre soins et relation, Paris, Presses de l'EHSP, coll. Recherche, santé, social. 2015.

13.Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être, *Le journal des psychologues* 2007; 250 :56-60.

14.Stewart K, O'Reilly P. Exploring the attitudes, knowledge and beliefs of nurses and midwives of the healthcare needs of the LGBTQ population: An integrative review, *Nurse Education Today* 2017; 53:67-77. Disponible à <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.008>. Consulté en juillet 2019.

15.Hunt J. Why the Gay and Transgender Population Experiences Higher Rates of Substance Use. Many Use to Cope with Discrimination and Prejudice, Center for American Progress. March 9, 2012. Disponible à https://cdn.americanprogress.org/wp-content/uploads/issues/2012/03/pdf/lgbt_substance_abuse.pdf. Consulté en mai 2019.

16.Wharton B. Homeless LGBTQ Youth: Transgender Homeless are an Emerging Population, *DNA Reporter*, April 2028, p.7. Canadian observatory on homelessness Disponible à <https://www.homelesshub.ca/about-homelessness/population-specific/lesbian-gay-bisexual-transgender-transsexual-queer>. Consulté en mai 2019.

17.Perron T, Kartzog C, Himelfarb C. (2017). LGBTQ part 2. *NASN School Nurse*. 2017; 32(2): 116-121.

18.McCan E, Brown M. Homelessness among youth who identify as LGBTQ+: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing* 2019; 28(11-12): 2061-2072.

19.Medina-Perucha L, Scott J, Chapman S, Barnett J, Dack C, Family, H. A qualitative study on intersectional stigma and sexual health among women on opioid substitution treatment in England: Implications for research, policy and practice. *Social Science & Medicine* Feb2019; 222: 315-322.

20.Medina-Rico M, López-Ramos H, Quiñonez A. Sexuality in People with Intellectual Disability: Review of Literature. *Sexuality and Disability* 2018; 36(4): 231-248. <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9508-6>.

21.McGregor F, Stretch R, Cannon E, Robinson A, Shawe J. Nurse-led sexual health clinics in hostels for homeless people. *Nursing Times* May 2018; 114(5): 42-46.

22.Pui-Hing Wong J, Macpherson F, Vahabi M Li A. Understanding the sexuality and sexual health of Muslim young people in Canada and other Western countries: A scoping review of research literature. *Canadian Journal of Human Sexuality* 2017; 26(1): 48-59. (12p) <https://doi.org/10.3138/cjhs.261-C1>.

23.Alegria CA. Transgender identity and health care: Implications for psychosocial and physical evaluation. *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners* 2011; 23(4):175-182. Doi:10.1111/j.1745-7599.2010.00595.x.

24.Labelle M-P, Martin P. De la théorie postcoloniale en sciences infirmières : une mise en regard de ses fondements et une analyse critique du concept de sécurité culturelle, *Aporia* 2017; 9(1) : 19-28.

25.Bradley R, Harrell J, Sasser T. Sexual and gender minority Health : Nursing's overdue coming out, *International Journal of*

- Nursing Studies 79 (2018) A1-A4. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.12.002>.
- 26.Nilsson NK. Sexuality: a taboo in nursing. *Sygeplejersken / Danish Journal of Nursing (SYGEPLEJERSKEN)* 2012; 1/13/2012; 112(1): 86-90.
- 27.Richardson BP, Ondracek, AE, Anderson D. Do student nurses feel a lack of comfort in providing support for Lesbian, Gay, Bisexual or Questioning adolescents: what factors influence their comfort level? *Journal of Advanced Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.) May 2017; 73(5): 1196-1207.
- 28.Bujon T, Dourlens C. Entre médicalisation et dépathologisation : la trajectoire incertaine de la question trans. *Sciences Sociales et Santé* 2012; 30(3) :33-58. Doi : 10.1684/sss.2012.0303
- 29.Wagner A, McShane K, Hart T, Margolese S. A Focus Groupe Qualitative Study of HIV Stigma in the Canadian Healthcare System. *Canadian Journal of Human Sexuality* 2016; 25(1): 61-71.
- 30.Laqueur T. *La fabrique du sexe : essai sur le corps et le genre en Occident*, Paris, Gallimard, NRF essais, 1992.
- 31.Wittig M. The straight mind. *Feminist Issues* 1, 103–111 (1980).
- 32.Foucault M. *Histoire de la sexualité, Tome 2. L'usage des plaisirs*. Paris, Gallimard. 1984. ; *Naissance de la biopolitique*, Paris, Gallimard / Seuil, 2004.
- 33.Fawcett J. The Metaparadigm of Nursing: Present Status of Future Refinements, *Journal of Nursing Scholarship* 1984; 16(3): 84-87. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>
- 34.Foucault M. *Naissance de la clinique*, Paris, Presses universitaires de France, 1976.
- 35.Le colonialisme médical dont il est question ici, réfère à un biopouvoir centré sur les personnes racisées. Shaheen-Hussain, S. (2020). *Fighting for a Hand to Hold. Confronting Medical Colonialism Against Indigenous Children in Canada*, McGill-Queen's University Press.
- 36.Pilon R., Benoit M., Marr M, Cote S, Assinewe F, Daybutch, G. Decolonizing Diabetes, *International Journal of Indigenous Health* 2019; 14(2): 253-275. <https://doi.org/10.32799/ijih.v14i2.31895>.
37. Labelle MP, Martin P. De la théorie postcoloniale en sciences infirmières : une mise en regard de ses fondements et une analyse critique du concept de sécurité culturelle, *Aporia* 2017; 9(1) : 19-28.
- 38.Anne C. *Politiques de santé et contrôle social au Rwanda (1920-1940)*, Paris, Karthala, 2011.
39. Butler J. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, Routledge, 1990.
- 40.Adam A, Duplan K, Gallot F, Gonzalez-Quijano L, Roucoux G, Valzema, M-S. Sexe sous contrôle médical, (dans *La production de la santé sexuelle*), Cahiers du Genre 2016; 1(60).
- 41.OMS. "Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health, 28-31 January 2002". Geneva, World Health Organization 2006: Disponible à http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf. Consulté en mai 2017.
- 42.Conseil d'information & d'éducation sexuelles du Canada (CIÉSCAN). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Toronto, ON 2019.
- 43.Casey B. *La santé des communautés LGBTQIA2 au Canada*, Rapport du comité permanent de la santé, juin 2019. https://www.familleslgbt.org/documents/pdf/LGBTQIA2_AU_CANADA_FRA.pdf consulté en mai 2020.
- 44.Fennell R, Brant B. Discussing sexuality in health care: A systematic review. *Journal Of Clinical Nursing* 2019 Sep; Vol. 28 (17-18), pp. 3065-3076. Date of Electronic Publication: 2019 Jun 13. DOI: 10.1111/jocn.14900
- 45.Belle S, Boydell V, George AS, Brinkerhoff DW, Khosla R. Broadening understanding of accountability ecosystems in sexual and reproductive health and rights: A systematic review. *Plos One [PloS One]* 2018 May 31; 13 (5), pp. e0196788. Date of Electronic Publication: 20180531 (Print Publication: 2018). DOI: 10.1371/journal.pone.0196788
- 46.Brookfield S, Dean J, Forrest C, Jones J, Fitzgerald L. Barriers to Accessing Sexual Health Services for Transgender and Male Sex Workers: A Systematic Qualitative Meta-summary. *AIDS & Behavior* 2020; 24(3): 682-696. DOI : 10.1007/s10461-019-02453-4
- 47.Stewart K, O'Reilly P. Exploring the attitudes, knowledge and beliefs of nurses and midwives of the healthcare needs of the LGBTQ population: An integrative review. *Nurse Educ Today*. 2017 Jun;53:67-77. Doi: 10.1016/j.nedt.2017.04.008. Epub 2017 Apr 18. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.04.008
- 48.Churchill SD. Les dimensions descriptives et interprétatives de la recherche phénoménologique. Complémentaires ou mutuellement exclusives, *Recherches qualitatives* 2016; 35(2) : 45-63. Les visages de l'interprétation en recherche qualitative. <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

- 49.Rennie D. Qualitative research as methodical hermeneutics. *Psychological Methods* 2012; 17, 385-398.
- 50.Foucault M. L'ordre du discours, Paris, Gallimard, 1970.
- 51.Maingueneau D. Initiation aux méthodes de l'analyse du discours : problèmes et perspectives, Paris, Hachette, 1976.
- 52.Clarke A. Situational Analysis : grounded theory after the postmodern turn, Thousand Oaks (Cal). Sage Publications, 2005.
- 53.Butler J. Ces corps qui comptent : de la matérialité et des limites discursives du sexe, Amsterdam, 2019.
- 54.Benoit M, Pilon R, Lavoie AM, Pariseau-Legault P. Chevauchement, interdépendance ou complémentarité? La collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière praticienne et d'autres professionnels de santé en Ontario, *Santé publique* 2017 29(5): 699-706.
- 55.Fassin D, Memmi D. (dir.) Le gouvernement des corps, Paris, Éditions de l'ÉHESS, 2004.

Remerciements

La réalisation de cette recherche a été rendue possible grâce à un appui financier des Fonds Institutionnels de développement de la Recherche et de la Création (FIRC) de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Nous désirons aussi remercier l'équipe du Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) des Laurentides et en particulier les chefs d'administration de programme de santé publique et les infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat (ICASI). Sans elles, il aurait été impossible de réaliser la présente étude. Merci enfin à Thomas de La Marnière, étudiant à la maîtrise au Département d'histoire de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM), pour la transcription des entrevues.

Pour contacter l'auteure:

Monique Benoit Ph.D.
Université du Québec en Outaouais (UQO)
Département des sciences infirmières
Campus de Saint-Jérôme
5 rue Saint-Joseph
Saint-Jérôme, Qc.
J7Z 0B7
Canada
courriel: monique.benoit@uqo.ca

Sylvie Charette inf., Ph.D.
Université du Québec en Outaouais (UQO)
Département des sciences infirmières

Isabelle Savard IPSPL, M.Sc. MPH.
Université du Québec en Outaouais (UQO)
Département des sciences infirmières

Gilbert Émond Ph.D.
Université Concordia
Département des sciences humaines appliquées

Jean Dragon Ph.D.
Chargé de cours
Université du Québec en Outaouais (UQO)
Département des sciences infirmières