

# perspective **infirmière**



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec

Novembre •  
décembre 2018  
Vol. 15 n° 5

**Alimentation orale  
du bébé prématuré**

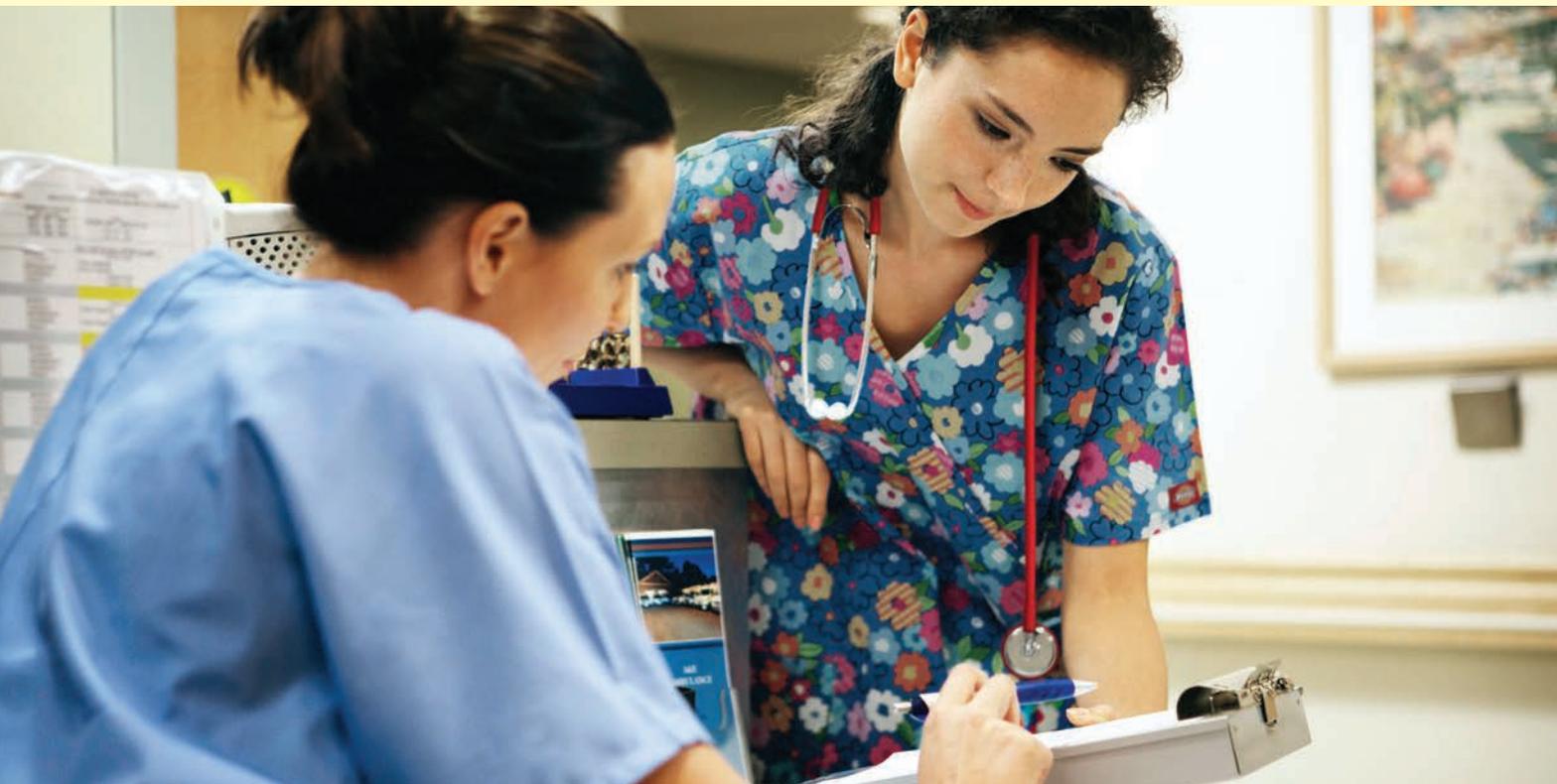
Psychiatrie légale  
et non-responsabilité  
criminelle

Surveillance  
clinique en soins  
critiques

 **ACFA**  
Électrocardiogramme :  
le lire et l'interpréter

# On s'occupe de vos finances. On vous laisse le soin des patients.

Économisez jusqu'à **1 035 \$\*** annuellement.  
Adhérez à l'offre exclusive pour les **infirmier(ère)s**.



Fière partenaire de:

**Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec**

[bnc.ca/infirmier](http://bnc.ca/infirmier)

Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Platine, *World Mastercard*<sup>MD</sup> ou *World Elite*<sup>MD</sup> *Mastercard*<sup>MD</sup> de la Banque Nationale. L'économie annuelle potentielle de 1 036 \$ est une illustration de ce qui peut être obtenu par un détenteur de l'offre. Elle est basée sur le profil type d'un détenteur de l'offre qui détient ce qui suit: un forfait bancaire équivalent au forfait Le Total<sup>MC</sup>; une carte de crédit *World Elite Mastercard*; une marge hypothécaire Tout-En-Un Banque Nationale<sup>MD</sup> avec un solde annuel courant de 150 000 \$; une marge de crédit personnelle avec un solde annuel courant de 25 000 \$, le tout avec une bonne cote de crédit auprès des bureaux de crédit. L'économie a été calculée de la manière suivante: absence de frais mensuels liés aux transactions incluses dans le forfait Le Total (économie annuelle de 311 \$), plus un rabais annuel de 0,25% sur le taux de la marge Tout-En-Un (économie annuelle de 375 \$), plus un rabais annuel de 2,00% sur le taux de la marge personnelle (économie annuelle de 500 \$), moins le montant des frais annuels liés à la carte de crédit *World Elite Mastercard* pour un an. Ces rabais représentent la différence entre ce que pourrait avoir un client ne faisant pas partie de l'offre, et un client qui en fait partie. Certaines conditions d'admissibilité s'appliquent, pour plus de détails, visitez [bnc.ca/infirmier](http://bnc.ca/infirmier). Il se peut que l'économie potentielle ne représente pas l'économie nette que vous obtiendrez, puisqu'elle varie selon votre situation financière. <sup>MC</sup> RÉALISONS VOS IDÉES et LE TOTAL sont des marques de commerce de la Banque Nationale du Canada. <sup>MD</sup> MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International inc., employées sous licence par la Banque Nationale du Canada. <sup>MD</sup> TOUT-EN-UN BANQUE NATIONALE est une marque de commerce déposée de la Banque Nationale du Canada. © 2018 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés.

# Atoderm SOS Spray

LE RÉFLEXE ANTI-DÉMANGEAISONS  
POUR UN SOULAGEMENT IMMÉDIAT

INNOVATION  
TECHNOLOGIE SKIN RELIEF



200ml - 19,90\$

## SOS Anti-démangeaisons



Apaise les démangeaisons  
en 60 sec pour 6h



92%\*  
Diminue l'envie de se gratter



98%\*  
Apaise les irritations cutanées

98%\*  
Excellente tolérance

HYPOALLERGÉNIQUE • SANS PARFUM • SANS ALCOOL  
NE TÂCHE PAS LES VÊTEMENTS • NON COMÉDOGÈNE  
EXCELLENTE TOLÉRANCE CUTANÉE ET OCULAIRE



Rejoignez le • Join  
BIODERMA  
CLUB  
via [www.bioderma.ca](http://www.bioderma.ca)



#BiodermaCanada  
[www.bioderma.ca](http://www.bioderma.ca)

LA BIOLOGIE AU SERVICE DE LA DERMATOLOGIE

# BIODERMA

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

# SOMMAIRE

Novembre • décembre 2018 - Vol. 15 n° 5

## ÉDITORIAL

06 — Au revoir!

## INNOVATION CLINIQUE

Prix régionaux  
Banque nationale 2017

15 — Québec  
Agents de prévention et de contrôle  
des infections

## PORTRAIT

18 — Christine Marie Tillmann  
Infirmière-psychothérapeute

## FONDATION DE L'OIIQ

20 — « Kangourou-o-thon »  
Événement mobilisateur pour les unités  
de soins intensifs néonataux

## L'OIIQ VOUS RÉPOND

70 — Transmission d'un résultat  
d'examen et suivi au patient

## EN BREF

09 — Médicaments et grossesse  
Centre IMAGe : des pharmaciens  
répondent à vos questions

10 — Comment savoir si vos  
interventions constituent  
de la psychothérapie?

13 — Risques de déclin cognitif  
Trois cibles d'intervention reconnues

14 — Produits de vapotage  
La réglementation sur le tabac  
mise à jour

## MYTHES ET RÉALITÉS

16 — À propos du sommeil et de la  
santé des travailleurs de nuit  
Réponses en p. 68

## PRATIQUE CLINIQUE

23 — Impacts de certaines  
interventions obstétricales  
sur l'allaitement

34 — Transition vers l'alimentation  
orale du bébé prématuré à  
l'unité néonatale

46 — Non-responsabilité criminelle  
Psychiatrie légale (3<sup>e</sup> partie)

## RECHERCHE

40 — Processus de surveillance  
clinique en soins critiques

## PRATIQUE PROFESSIONNELLE

51 — Vers un leadership politique  
des infirmières, ou comment  
changer les choses

## SURVOL

66 — Proches aidants  
Proportion élevée de symptômes  
dépressifs



10



46

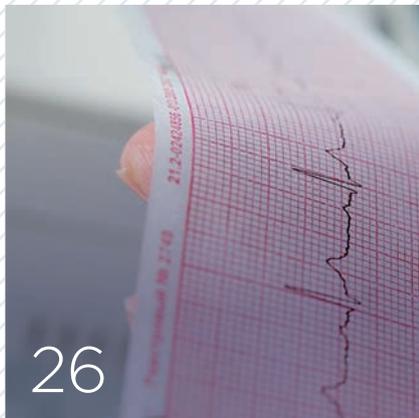
40



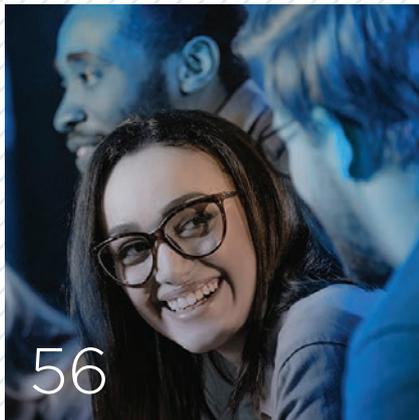
34



18



26



56

26 — Électrocardiogramme : comment le lire et l'interpréter?

56 — Vaccination contre le virus de l'hépatite B

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU



Présidente de l'OIIQ — LUCIE TREMBLAY  
Directrice, Communications et affaires publiques — COLETTE OUELLET

RÉDACTRICE EN CHEF

Caroline Baril  
SECRÉTAIRE  
DE RÉDACTION  
Nathalie Boëls  
GRAPHISME  
ET MISE EN PAGES  
Mario Paquette  
RÉVISEUR LINGUISTIQUE  
Alexandre Roberge  
CORRECTRICE D'ÉPREUVES  
Marlène Lavoie  
GRILLE GRAPHIQUE  
Isabelle Gagné et  
Luc Girouard pour MissPixels  
IMPRIMEUR  
Norecob  
PAGE COUVERTURE  
© Science Photo Library

COMITÉ CONSULTATIF DE L'OIIQ

Direction, Développement et soutien professionnel  
Joël Brodeur, infirmier, Directeur  
Chantale Desbiens, infirmière  
Directrice adjointe à la pratique infirmière  
Marie-Eve Arsenault, infirmière  
Conseillère à la consultation professionnelle  
Ester Cimon, infirmière  
Conseillère à la qualité de la pratique  
(formation continue)  
Julie Gélinas, infirmière  
Conseillère à la qualité de la pratique  
Magali Morin, infirmière  
Conseillère à la qualité de la pratique  
Maud Papin, infirmière  
Chargée de projets au développement professionnel  
Stéphanie Plante-Blanchette, infirmière  
Conseillère à la qualité de la pratique  
(formation continue)

COLLABORATEURS

Marilyn Aita, inf., Ph. D. – Geneviève Boily, B. Sc. inf., M. Sc. – Dalila Benhabrou-Brun, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc. – Audrey Charpentier Demers, B. Sc. (Erg.) – Catherine Crépeau – Geoffrey Dirat – Francine Ducharme, inf., Ph. D. – Johanne Gagnon, inf., Ph. D. – Bénédicte Grou, inf., M. Sc. (c.) – Martine Lafleur, inf., M. Sc. inf. – Audrey Larone Juneau, inf., M. Sc. – Amélie Lebrun, IPSSA – Kathleen Lechasseur, inf., Ph. D. – Marie-Josée Martel, inf., Ph. D. – Daniel Milhomme, inf., Ph. D. – Isabelle Milette, IPSNN – Denyse Perreault – Jean-Dominic Rioux, IPSSA – Lorraine Plante, B. Sc. inf., LL. M. – Guy Sabourin – Mélissa Savaria, inf., IBCLC – Sonia Semenic, inf., Ph. D. – Diane Tousignant, inf., D.E.S.S., IBCLC.

POLITIQUE ÉDITORIALE

Perspective infirmière est publiée cinq fois par année par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Les opinions et points de vue qui y sont exprimés n'engagent que leurs auteurs. L'acceptation d'un annonceur ne constitue en rien une reconnaissance des produits et services de l'annonceur et ne correspond pas à un endossement par l'OIIQ de ceux-ci ni de l'annonceur. Aucune reproduction n'est permise sans autorisation. Afin de faciliter la lecture des textes, Perspective infirmière utilise de façon générale le terme « infirmière ». Cette désignation n'est nullement restrictive et englobe les infirmiers. L'éditeur tient à préciser que cela ne constitue en aucune façon une négation des privilèges et des droits des infirmiers du Québec.

POUR NOUS JOINDRE

4200, rue Molson,  
Montréal Qc H1Y 4V4  
revue@oiiq.org

PUBLICITÉ

Julie Diamond  
Communications  
Courtier publicitaire  
En collaboration avec  
AGC Communications  
514 509-9118  
partenaires@oiiq.org

ABONNEMENT

Anne-Marie Gagnon  
Tél. : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048 poste 288  
ventepublications@oiiq.org  
<https://www.oiiq.org/abonnement-pi>

TARIFS pour 1 an  
Canada : 16,28 \$ taxes applicables comprises  
Autres pays : 73 \$

Payable par carte de crédit ou mandat-poste émis et adressé à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Les membres de l'OIIQ, les étudiantes immatriculées ayant terminé leur deuxième année d'études et les personnes inscrites au « Programme Appartenance » reçoivent un abonnement.

DÉPÔT LÉGAL 2018

Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISSN 1708-1890  
Répertorié dans Repère, Cinahl, PubMed, CISMef et BDSP  
N° d'enregistrement 9790  
Parution : novembre 2018  
Convention de la Poste-publications  
N° 40062569

DIFFUSION

79 551 copies  
(CCAB/BPA : septembre 2018)



LOGO FSC

---

# Au revoir!



© Frédéric Cantin

**LUCIE TREMBLAY**, inf., M. Sc., Adm. A., CHE  
Présidente de l'Ordre des infirmières  
et infirmiers du Québec

Au fil des six dernières années, mes fonctions de présidente de l'OIIQ m'ont permis d'acquérir une bonne compréhension du système professionnel, notamment parce que je l'ai vécu de l'intérieur. J'ai eu le privilège, disons-le, de côtoyer des professionnels de haut niveau, dont le travail au quotidien est empreint d'une très grande rigueur dite essentielle dans la conduite des affaires d'un ordre professionnel.

## DEUX AVANCÉES MAJEURES

C'est grâce à l'accompagnement de cette équipe que nous avons connu des avancées importantes pour notre profession et que, conséquemment, il en découle un meilleur accès aux soins pour la population.

## LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Rappelons ce moment fort de 2015 où les ordres professionnels se sont concertés afin de donner le ton et de faire place à davantage de collaboration interprofessionnelle, plutôt qu'à une approche en silo. L'OIIQ a joué un rôle de catalyseur dans ce dossier d'une importance capitale pour les patients. Ce 1<sup>er</sup> juin 2015, nous avons réussi un tour de force : 28 ordres professionnels de la santé et des services sociaux se sont unis pour promouvoir une approche interprofessionnelle dans la prestation de soins et de services.

Ces 28 ordres s'engageaient à agir concrètement en vue de favoriser une pratique collaborative, reconnue comme un gage d'une plus grande qualité de soins pour les patients. Des actions ont effectivement été accomplies, lesquelles ont donné lieu à des événements marquants : prises ou énoncés de position visant à mettre en œuvre une offre de soins adaptée aux besoins des personnes âgées, présentation des travaux au ministre de la Santé et des Services sociaux (2016), organisation d'un Symposium sur la collaboration professionnelle (2017) et réalisation d'un microsite sur la collaboration (2017), pour ne nommer que ceux-là. Je suis fière du travail accompli sur cette question qui, jadis, sortait des sentiers battus, mais fait aujourd'hui consensus quant à sa portée créatrice de valeur dans plusieurs milieux cliniques.

## LE DROIT DE PRESCRIRE

Le 11 janvier 2016, à la suite de plusieurs rencontres et négociations, entré en vigueur le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*, accordant aux membres de l'OIIQ le droit de prescrire dans certaines situations cliniques. Nous avons qualifié cette date de moment historique pour la profession. Ce jour marquait en effet le pas vers une plus grande autonomie professionnelle. Aujourd'hui, plus de 7 100 infirmières et infirmiers inscrits au Tableau de l'OIIQ possèdent ce droit de prescrire. Malgré les doutes de certains, nous avons réussi. Plus de 90 % de la cible des établissements de santé est atteinte. Je tiens à remercier non seulement l'équipe de l'OIIQ, mais également toutes les ressources qui ont déployé des efforts en ce sens dans les établissements de santé. Sans le soutien des directions de soins infirmiers, ce succès n'aurait pas été possible.

## DES AVANCÉES AUSSI POUR LES IPS

En mars dernier, de nouveaux règlements permettant notamment la création de nouvelles classes de spécialité IPS sont entrés en vigueur. En outre, plusieurs contraintes à l'autonomie des IPS ont été aplanies, dont le retrait de listes restrictives de médicaments ou de traitements qu'ils peuvent prescrire. Ce dossier en est un de longue haleine. Des travaux se poursuivent toujours avec le Collège des médecins du Québec au sein du comité d'évolution de la pratique.

## LA PROFESSION DONT JE RÊVE

Du chemin, nous en avons parcouru, il faut bien se l'avouer. Cependant, nous avons encore une longue route à explorer afin que les infirmières et les infirmiers aient la capacité d'occuper pleinement leur champ d'exercice dans les milieux cliniques, et je rêve de ce jour.

C'est par ailleurs l'objectif que nous poursuivions avec la tenue du Forum sur la pratique infirmière le 24 septembre dernier, où nous avons réuni tous les intervenants ayant le pouvoir concret d'agir dans leurs organisations respectives pour modifier le cours des événements dans les milieux cliniques et de l'enseignement. L'OIIQ se devait de partager ce constat issu de recherches, de nos inspections professionnelles et de l'intervention de gestionnaires ainsi que d'infirmières et d'infirmiers sur le terrain.

Bien qu'ils travaillent avec une grande intensité, ces derniers n'occupent pas la moitié de leur champ d'exercice. Plusieurs facteurs influencent cet état de fait : organisation du travail parfois contraignante, compréhension restrictive du rôle contemporain de la profession et méconnaissance de toute la richesse et de la profondeur du champ d'exercice. Nous portons tous une responsabilité à cet égard et devons agir conséquemment dans chacune de nos sphères.

***Nous avons encore une longue route à explorer afin que les infirmières et les infirmiers aient la capacité d'occuper pleinement leur champ d'exercice dans les milieux cliniques.***

Je vous invite à suivre l'évolution de ce dossier critique pour l'avenir de notre profession. Le Comité d'experts ministériel en soins infirmiers (CEMSI) a accepté le mandat d'assurer le déploiement de conditions favorables à la pleine occupation du champ d'exercice. Avec beaucoup d'humilité, je crois que nous avons fait le tracé permettant aux joueurs clés de la profession de prendre les décisions qui feront que les infirmières et les infirmiers pourront mieux soigner en utilisant pleinement les compétences qui sont les assises des soins infirmiers : évaluation de la condition physique et mentale des patients, surveillance clinique et suivi infirmier.

Je clos ce dernier éditorial par un proverbe africain si cher à mes yeux : seul on va plus vite, ensemble on va plus loin.

À nous d'agir collectivement!





## Ici pour vous aider.

CATIE est votre ressource pour les toutes dernières informations sur le traitement et la prévention du VIH et de l'hépatite C.

- Publications gratuites
- Abonnements gratuits
- Webinaires, ateliers et cours de formations



La source canadienne  
de renseignements sur  
le VIH et l'hépatite C

[www.catie.ca](http://www.catie.ca)  
1-800-263-1638

## RISQUES DES MÉDICAMENTS PENDANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT

# Centre IMAGE : des pharmaciens répondent à vos questions

Ce médicament risque-t-il d'occasionner des malformations congénitales? Peut-on recommander des thérapies de remplacement à la nicotine à une femme enceinte? À quoi sert l'acide folique durant la grossesse? Voici le type de questions posées par les professionnels de la santé et auxquelles les pharmaciens du Centre Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse (IMAGE) du CHU Sainte-Justine répondent quotidiennement.

par CATHERINE CRÉPEAU

Le Centre IMAGE est un service téléphonique d'information gratuit réservé aux professionnels de la santé qui s'interrogent sur la sécurité et les risques des médicaments pendant la grossesse et l'allaitement. La réponse aux appels est assurée par les pharmaciens du Centre qui détiennent une expertise dans une douzaine de domaines dont l'obstétrique-gynécologie, la néonatalogie, les soins intensifs pédiatriques, l'hémato-oncologie, les maladies infectieuses et la gastro-entérologie. Leur rôle : fournir des renseignements basés sur les données probantes pour aider les infirmières, médecins, pharmaciens et autres professionnels de la santé à conseiller leurs patientes sur les médicaments sans danger ou à éviter pendant la grossesse et l'allaitement. Une mission inchangée depuis la fondation du Centre, en 1997.

### MÉCONNU DES INFIRMIÈRES

« Nous sommes là pour donner de l'information afin d'aider les professionnels à s'y retrouver dans les médicaments à utiliser ou non pendant la grossesse et l'allaitement. Nous ne sommes pas des consultants et ne donnons pas de conseils sur la conduite à tenir. Cette décision revient aux équipes de soins qui nous consultent », précise la responsable du Centre, la pharmacienne Brigitte Martin.

Un pharmacien de garde répond aux appels du lundi au vendredi de 9 h à midi et de 13 h à 16 h. Les professionnels peuvent aussi enregistrer leurs questions dans une boîte vocale. Les réponses sont données dans les 24 heures, assure Brigitte Martin.

En 2017, les pharmaciens du Centre ont reçu plus de 6 000 appels, soit quelque 25 à 30 par jour, indique Brigitte Martin. Près de la moitié de ces appels proviennent de pharmaciens, 40 %, de médecins et seulement 15 %, d'infirmières. « Peut-être que les infirmières nous connaissent moins..., avance la responsable. Mais celles qui travaillent en périnatalité ou dans les programmes liés à la petite enfance et celles qui font du suivi de grossesse ou en allaitement font régulièrement appel à nous. »

En plus de répondre aux demandes téléphoniques des professionnels de la santé, le Centre IMAGE publie sur son site Web les réponses aux questions les plus souvent posées par les professionnels de la santé et les patientes.

On y trouve aussi des articles publiés par les pharmaciens du Centre IMAGE ou des étudiants à la maîtrise en pratique pharmaceutique y effectuant un stage, ainsi que des capsules d'information sur des sujets comme l'utilisation du polyéthylène glycol 3350 comme laxatif durant la grossesse ou la sécurité du mannitol inclus dans certains produits ou médicaments consommés par les femmes enceintes. Ces courts textes offrent un condensé des plus récentes informations scientifiques en faisant ressortir les recommandations pratiques sur l'utilisation de médicaments durant la grossesse ou l'allaitement.

Le Centre IMAGE a aussi publié le *Petit guide grossesse et allaitement*, disponible en format électronique, à l'intention des femmes qui planifient une grossesse, qui sont enceintes ou qui allaitent.

### PROJET DE RECHERCHE

Affilié à la Chaire pharmaceutique Famille Louis-Boivin-médicament, grossesse et allaitement, le Centre IMAGE contribue à la recherche. Il participe actuellement au projet SAFEMED dont l'objectif est d'évaluer la faisabilité d'un programme de surveillance active et prospective des expositions aux médicaments. « Ce projet consiste à recueillir de l'information sur la prise de médicaments et le déroulement de la grossesse ou de l'allaitement des femmes après un appel au Centre IMAGE de la part de leur professionnel de la santé », explique Brigitte Martin.

À plus long terme, le projet SAFEMED pourrait permettre de mieux connaître les conséquences de la prise de certains médicaments durant la grossesse ou l'allaitement, et ainsi de mieux conseiller les femmes qui planifient une grossesse, qui sont enceintes ou qui allaitent. ●



Pour joindre le Centre IMAGE : 514 345-2333

**LE CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE**  
**GRANDEUR NATURE**  
 PORTNEUF QUÉBEC CHARLEVOIX

**GRAND** par la nature  
 des choix qu'il vous offre  
 son environnement - ce qu'il est - ce qu'il offre

Nous recrutons principalement  
 des infirmières, infirmières auxiliaires  
 et infirmières cliniciennes

Dans les milieux  
 • Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) • Centre antipoison du Québec • CLSC  
 • Domicile • Groupe de médecine de famille (GMF) • Info-Santé/Info-Social • Urgence

Dans les domaines  
 • Déficience physique  
 • Obstétrique(Charlevoix)  
 • Santé mentale  
 • Et plusieurs autres titres d'emploi

[www.ciusscn.ca](http://www.ciusscn.ca)

f in Québec

Le suicide:  
faisons face à  
ce sujet difficile  
ensemble



## Modules d'apprentissage reconnus s'adressant aux médecins de famille et au personnel infirmier

La Commission de la santé mentale  
du Canada et l'Association canadienne  
pour la prévention du suicide se sont  
associées à **mdBriefCase** pour offrir  
ces modules qui vous permettront  
d'approfondir:

- l'analyse du risque de suicide
- l'intervention
- le plan de sécurité
- les outils et ressources disponibles

Pour en savoir plus, visitez :  
[commissionsantementale.ca/  
francais/modulessoinsdesante](http://commissionsantementale.ca/francais/modulessoinsdesante)



Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada

Avec le financement de



Santé  
Canada

Health  
Canada

## PSYCHOTHÉRAPIE ET INTERVENTIONS QUI S'Y APPARENTENT

# Comment savoir si vos interventions constituent de la psychothérapie?

Le 21 juin 2012 entraient en vigueur les dispositions législatives relatives à l'encadrement de la psychothérapie. Ces dispositions ont mené à la réserve du titre, établi les normes de délivrance du permis, fixé les conditions d'utilisation du titre de psychothérapeute et déterminé les obligations de formation continue. Elles ont aussi dressé une liste d'interventions qui ne constituent pas de la psychothérapie. Or, depuis ce temps, il règne une confusion chez les infirmières. Certaines d'entre elles s'imposent des limites dans leurs interventions afin de prévenir toute possibilité d'exercer illégalement la psychothérapie, tandis que d'autres enfreignent le règlement sans le savoir.

par **NATHALIE BOËLS** et **MARTINE LAFLEUR**, inf., M. Sc. inf.

Il n'y a pas exercice de la psychothérapie du simple fait qu'on intervient dans le cadre d'un processus psychothérapeutique ou qu'on utilise un outil ou une technique issue d'un des quatre grands ensembles de modèles théoriques. Ceux-ci peuvent être utilisés non seulement en psychothérapie, mais aussi dans le cadre d'interventions qui s'y apparentent pour répondre aux besoins des patients. Alors, comment savoir si les interventions posées constituent ou non de la psychothérapie?

« *On parle de traitement psychologique si l'intervention porte sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne.* »

### L'INTERVENTION PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

Le *Code des professions* définit ainsi la psychothérapie :

« La psychothérapie est un **traitement psychologique** pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. » (art. 187.1).

Pour savoir si une intervention constitue de la psychothérapie, nous devons prendre en considération trois éléments :

**Sa nature** : l'intervention est un traitement psychologique.

**Son objet** : on y recourt pour traiter un trouble mental, des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique.

**Sa finalité** : on cherche à favoriser chez la personne des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé.

De ces trois éléments, c'est **la nature** qui permet de départager, sur le plan clinique, la psychothérapie des interventions qui s'y apparentent et qui sont exercées par les autres professionnels en santé mentale et en relations humaines (Collège des médecins du Québec et al., 2018). Ainsi, l'intervention psychologique doit constituer un traitement pour être considérée comme de la psychothérapie.

On parle de traitement psychologique si l'intervention porte sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne. La conceptualisation et l'opérationnalisation de ce qui organise et régule ce fonctionnement varient, selon qu'on se réfère à un modèle théorique ou à un autre (CMQ et al., 2018). Autrement dit, la façon d'intervenir sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne varie selon le modèle théorique adopté par le psychothérapeute.

L'exercice de la psychothérapie s'appuie sur plusieurs modèles théoriques scientifiquement reconnus et que doivent connaître les professionnels dans le but d'exercer la psychothérapie, dont les modèles psychodynamiques, les modèles cognitivo-comportementaux, les modèles systémiques et les théories de la communication, ainsi que les modèles humanistes (CMQ et al., 2018).

« Pour déterminer si une intervention constitue de la psychothérapie, il faut que l'on démontre la présence simultanée des trois éléments constitutifs : nature, objet et finalité. »

L'objet et la finalité à eux seuls ne sont pas suffisants pour déterminer si les interventions offertes constituent ou non de la psychothérapie. L'objet de la psychothérapie n'est pas propre à cette discipline, car différents professionnels de la santé offrent des services à une clientèle en santé mentale. Quant à la finalité de l'intervention, tous les professionnels visent des changements significatifs. De plus, l'intention de guérison n'est pas un critère qui permet de savoir si vos interventions constituent de la psychothérapie (CMQ et al., 2018).

Pour déterminer si une intervention constitue de la psychothérapie, il faut donc que l'on démontre la **présence simultanée des trois éléments constitutifs** : nature, objet et finalité.

#### DES INTERVENTIONS QUI NE SONT PAS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

En fonction des besoins du patient, les professionnels et autres intervenants du domaine de la santé, qu'ils œuvrent en santé physique ou en santé mentale, qu'ils soient psychothérapeutes ou non, utilisent une diversité d'interventions qui ne sont pas de la psychothérapie. L'article 6 du *Règlement sur le permis de psychothérapeute* présente une liste d'interventions qui ne constituent pas de la psychothérapie, dont voici un bref résumé :

1. **La rencontre d'accompagnement** : « vise à soutenir la personne par des rencontres [...] permettant à la personne de s'exprimer sur ses difficultés. »
2. **L'intervention de soutien** : « vise à soutenir la personne dans le but de maintenir et de consolider les acquis et les stratégies d'adaptation. » Une intervention qui « implique notamment de rassurer, de prodiguer des conseils et de fournir de l'information portant sur l'état de la personne ou encore la situation vécue. »
3. **L'intervention conjugale et familiale** : « vise à promouvoir et à soutenir le fonctionnement optimal du couple ou de la famille [...]. Elle a pour but de changer des éléments du fonctionnement conjugal ou familial qui font obstacle à l'épanouissement du couple ou des membres de la famille ou d'offrir aide et conseil afin de faire face aux difficultés de la vie courante. »
4. **L'éducation psychologique** : « vise un apprentissage par l'information et l'éducation à la personne. »
5. **La réadaptation** : « vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer ses habiletés. »
6. **Le suivi clinique** : « consiste en des rencontres permettant l'actualisation d'un plan d'intervention disciplinaire. Il s'adresse à la personne qui présente des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique ou des problèmes de santé incluant des troubles mentaux. Il peut impliquer la contribution de différents professionnels ou intervenants regroupés en équipes interdisciplinaires ou multidisciplinaires. »
7. **Le coaching** : « vise l'actualisation du potentiel par le développement des talents, des ressources ou des habiletés d'une personne qui n'est ni en détresse, ni en souffrance. »
8. **L'intervention de crise** : « consiste en une intervention immédiate, brève et directive [...]. Elle vise à stabiliser l'état de la personne ou de son environnement en lien avec la situation de crise. »



© BlurryMe/Shutterstock

Il importe de préciser que, bien que l'ajout de ces définitions dans la législation puisse apporter un certain éclairage sur ce qui constitue ou non de la psychothérapie, force est de constater que le sens ou la signification de certains termes ou expressions utilisés peuvent varier en fonction des différentes professions. En réponse à ce constat, les ordres se sont entendus sur la définition des activités ou termes qui peuvent prêter à confusion comme le counseling, la relation d'aide et la thérapie cognitive-comportementale, notamment. On peut consulter la section « Questions d'ordre terminologique et conceptuel » dans le document *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent* (CMQ et al., 2018) pour connaître la définition de ces activités qui peuvent prêter à confusion.

#### POUR QU'UNE INFIRMIÈRE SOIT RECONNUE COMME PSYCHOTHÉRAPEUTE

En vertu du *Règlement sur le permis de psychothérapeute*, l'exercice de la psychothérapie et le titre de psychothérapeute sont réservés aux membres du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec, et ce, sans qu'ils aient à suivre une formation complémentaire, puisque la psychothérapie s'inscrit dans leurs activités réservées. Les membres de sept autres ordres professionnels du domaine de la santé mentale et des relations humaines, dont les infirmières et les infirmiers, qui souhaitent exercer la psychothérapie au Québec doivent notamment respecter les conditions suivantes :

- Être membre de l'un des sept ordres professionnels visés.
- Détenir une maîtrise dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.
- Avoir suivi 765 heures de formation théorique en psychothérapie de niveau universitaire.
- Avoir suivi 600 heures de stage en psychothérapie.

Pour obtenir un permis de psychothérapeute, l'infirmière ou l'infirmier devra ensuite en faire la demande à l'Ordre des psychologues du Québec. L'infirmière ou l'infirmier-psychothérapeute doit obligatoirement être inscrit au Tableau de l'OIIQ pour pouvoir exercer comme psychothérapeute et, ainsi, s'identifier et signer à ce titre. ●

#### RÉFÉRENCES

- «Code des professions», c. 26.  
 Collège des médecins du Québec/Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec/Ordre des ergothérapeutes du Québec/Ordre des infirmières et infirmiers du Québec/Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec/Ordre des psychologues du Québec... Ordre professionnel des sexologues du Québec. (2018). «L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie», 33 p. Montréal.  
 Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (n.d.). «Exercice de la psychothérapie». Repéré à <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/exercice-de-la-psychotherapie>  
 «Règlement sur le permis de psychothérapeute», c. C-26, r. 222.1.

SAISON  
2

# STAGIAIRE

d'un jour

## LA WEBSÉRIE

GUY A. LEPAGE  
FLORENCE LONGPRÉ  
LOUIS-JEAN CORMIER  
MARIANNE ST-GELAIS

---

À découvrir dès janvier 2019

---

## RISQUES DE DÉCLIN COGNITIF

# Trois cibles d'intervention reconnues

Comme les atteintes cognitives augmentent avec l'âge et qu'elles touchent de plus en plus de personnes en raison du vieillissement de la population, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a cherché à identifier les moyens de prévention dont l'efficacité a été démontrée dans les écrits scientifiques. Ses recommandations figurent dans un rapport intitulé « La santé cognitive, une nouvelle cible pour vieillir en santé-Synthèse des connaissances » (2017), rédigé par Denise Aubé, médecin-conseil et spécialiste en santé publique et médecine préventive à l'INSPQ.

par DENYSE PERREAULT

Le vieillissement affecte la mémoire, le jugement, l'attention, ainsi que la capacité d'apprendre et de résoudre des problèmes. Ces atteintes cognitives sont aussi désignées sous des expressions comme déclin cognitif associé à l'âge, troubles cognitifs légers et troubles neurocognitifs majeurs de type Alzheimer.

Mais l'avancement en âge n'est pas le seul responsable du développement d'un trouble cognitif. Le bagage génétique et le parcours de vie d'une personne contribuent aussi à renforcer ou à fragiliser la santé cognitive. En effet, le cerveau demeure malléable et capable de développer de nouveaux neurones tout au long de la vie. Il lui est donc possible, « dans des conditions favorables, de s'adapter aux atteintes qui menacent son fonctionnement [...], d'où l'intérêt d'une stimulation cognitive soutenue tout au long de la vie » (Aubé, 2017) afin de bâtir une réserve cognitive (Stern, 2003). Celle-ci permettra au cerveau de compenser pour les atteintes pathologiques se produisant au début de l'apparition des troubles neurocognitifs majeurs de type Alzheimer (INSPQ, 2017).

Partant de ce postulat et considérant qu'il n'existe toujours pas de traitement curatif pour ces troubles cognitifs, l'INSPQ a cherché à identifier des moyens d'agir en amont pour entretenir la santé cognitive et réduire les facteurs de risques connus. Denise Aubé a étudié différents documents traitant des atteintes cognitives et des facteurs influençant la santé cognitive, rédigés par l'Organisation mondiale de la Santé ou par des organismes reconnus aux États-Unis et au Royaume-Uni. S'appuyant sur le rapport de Denise Aubé, l'INSPQ recommande, à l'instar des National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (2017), trois principales cibles d'intervention : l'entraînement cognitif à long terme, l'activité physique et le traitement de l'hypertension artérielle.

## Encadré 1

### CIBLES D'INTERVENTION DONT L'EFFICACITÉ REPOSE SUR DES DONNÉES PROBANTES

#### Facteurs favorisant la santé cognitive

- Entraînement cognitif à long terme : apprentissage d'une nouvelle langue, jeux (p. ex., bridge, mots croisés), artisanat et activités sociales
- Activité physique

#### Facteur de risque de déclin cognitif (lié aux maladies vasculaires cardiaques et cérébrales)

- Hypertension artérielle (HTA)

Quant aux différents facteurs de risque de déclin cognitif évoqués dans les études scientifiques (diabète, hypercholestérolémie, obésité, consommation d'alcool, stress, dépression, etc.), la qualité des preuves disponibles n'est pas considérée suffisante pour les inclure parmi les cibles d'intervention, affirme l'INSPQ.

Par ailleurs, soulignons que l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a fait des recommandations quant au repérage et au processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer (2015). ●

#### RÉFÉRENCES

- Aubé, D. (2017). « La santé cognitive, une nouvelle cible pour vieillir en santé - Synthèse des connaissances ». Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2323\\_sante\\_cognitive\\_vieillir\\_sante.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2323_sante_cognitive_vieillir_sante.pdf)
- Institut national de santé publique du Québec. (2017). La santé cognitive, une nouvelle cible pour vieillir en santé. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/2323>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015). Repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer (MA) et d'autres troubles cognitifs (TNC). Repéré à [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS-SyntheseRecommandations\\_MA\\_TNC.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS-SyntheseRecommandations_MA_TNC.pdf)
- National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2017). Preventing cognitive decline and dementia: a way forward. Washington DC: The National Academies
- Stern, Y. (2003). « The concept of cognitive reserve: a catalyst for research ». *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(5), 589-593. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1076/jcen.25.5.589.14571>

**La Côte-Nord, c'est 272 290 km<sup>2</sup> d'espace pour vos passions, vos ambitions et surtout votre vie!**



**SUR LA CÔTE-NORD, JE FAIS UNE DIFFÉRENCE!**

**À la recherche de nouveaux défis?**  
**Possibilités d'emploi dans divers services :**

- 1<sup>re</sup> ligne, maladies chroniques
- Bloc opératoire
- Soins critiques
- Hospitalisation
- Centre mère-enfant/pédiatrie
- Psychiatrie
- Santé publique
- Hébergement
- Soins à domicile
- Dispensaires

**Renseignez-vous sur le congé sans solde pour œuvrer dans un établissement nordique.**  
**Dans certaines installations : prime de rétention ou d'éloignement, paiement des frais de déménagement, aide au logement.**

emploi.santecotenord.gouv.qc.ca

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Québec

## PRODUITS DE VAPOTAGE

# La réglementation sur le tabac mise à jour pour mieux protéger les consommateurs

En mai 2018, le Parlement fédéral a adopté la *Loi sur le tabac et les produits de vapotage* qui vise à réglementer certains aspects des produits de vapotage. « Cette loi remplace la *Loi sur le tabac* afin d'inclure les produits de vapotage et d'en réglementer la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion, explique Denis Choinière, directeur du Bureau de la réglementation des produits du tabac de Santé Canada.

par NATHALIE BOËLS

Elle modifie également la *Loi sur la santé des non-fumeurs* qui s'applique aux milieux de travail fédéraux et réglemente l'usage des produits de vapotage dans ces lieux. »

La *Loi sur le tabac et les produits de vapotage* vise deux objectifs principaux : le premier est d'offrir aux adultes une option de recharge moins nocive que la cigarette, et ce, même si le vapotage n'est pas exempt de risques pour la santé (Santé Canada, 2018). « En plus de la nouvelle loi, la *Loi sur les aliments et drogues* continuera de s'appliquer aux produits de vapotage pour lesquels il y a une allégation thérapeutique », précise M. Choinière. Le deuxième est de protéger les jeunes contre la dépendance à la nicotine. Des dispositions limitent la vente des produits du tabac et de vapotage aux mineurs et l'utilisation par les fabricants de certains arômes

qui sont attrayants pour les jeunes. Tout message, témoignage ou campagne publicitaire laissant croire que la cigarette électronique est meilleure pour la santé que les produits du tabac est interdit.

Au Québec, l'Institut national de santé publique a notamment publié un article, rédigé par des experts du Centre antipoison du Québec (deux infirmiers et un médecin), qui rappelle que le marché des cigarettes électroniques est en pleine expansion, que les risques de toxicité sont présents et que les professionnels de la santé doivent demeurer vigilants (Jacques-Gagnon, Ayotte et Laliberté, 2015).

Enfin, la nouvelle loi donne le pouvoir au gouvernement du Canada d'exiger des paquets neutres et uniformisés pour les produits du tabac, sur lesquels les fabricants n'ont plus le droit d'afficher leur logo, et des emballages à l'épreuve des enfants pour les liquides de vapotage contenant de la nicotine. ●

#### RÉFÉRENCES

Jacques-Gagnon, O., Ayotte, V. et Laliberté, M. (2015). « Cigarette électronique: perspectives et santé publique ». Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/toxicologie-clinique/cigarette-electronique-perspectives-et-sante-publique>

« Loi sur le tabac et les produits de vapotage » (L.C. 1997, ch. 13). Repéré à <http://laws-lois.justice.gc.ca/fr/lois/T-11.5/>

Gouvernement du Canada. (2018). « Vapotage ». Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/tabagisme-et-tabac/vapotage.html#a3>



## OBJECTIF RATIOS

Les ratios sont la solution pour favoriser des soins humains, de qualité et plus sécuritaires.

**Exigeons des ratios sécuritaires.**



[fiqsante.qc.ca/ratios](https://fiqsante.qc.ca/ratios)



Québec

# Des agents de prévention et de contrôle des infections

par NATHALIE BOËLS

L'application des bonnes pratiques de prévention des infections représente un défi et des efforts constants pour les équipes soignantes. « Or, nous avons constaté sur nos unités de soins des lacunes dans l'application et le respect de ces pratiques », explique Valérie Dancause, adjointe à la directrice des soins infirmiers, volet prévention et contrôle des infections, au CHU de Québec – Université Laval. « Certaines de ces lacunes étaient en lien avec l'hygiène des mains ou la désinfection du matériel, alors que d'autres touchaient des techniques ou des processus de soins aux patients. »

De ces observations est né le projet mis sur pied par Valérie Dancause et Fanny Beaulieu, infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections au CHU de Québec, intitulé « Amélioration de la qualité des soins donnés aux patients par l'intégration d'agents de prévention et contrôle des infections au CHU de Québec – Université Laval ». Ce projet leur a valu le prix Innovation clinique Banque Nationale 2017 de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec.



« L'agente de PCI devient une référence pour ses pairs. Quand les constats viennent d'une collègue, cela mène à un changement de comportement qui perdure. »

## FORMATION ANNUELLE

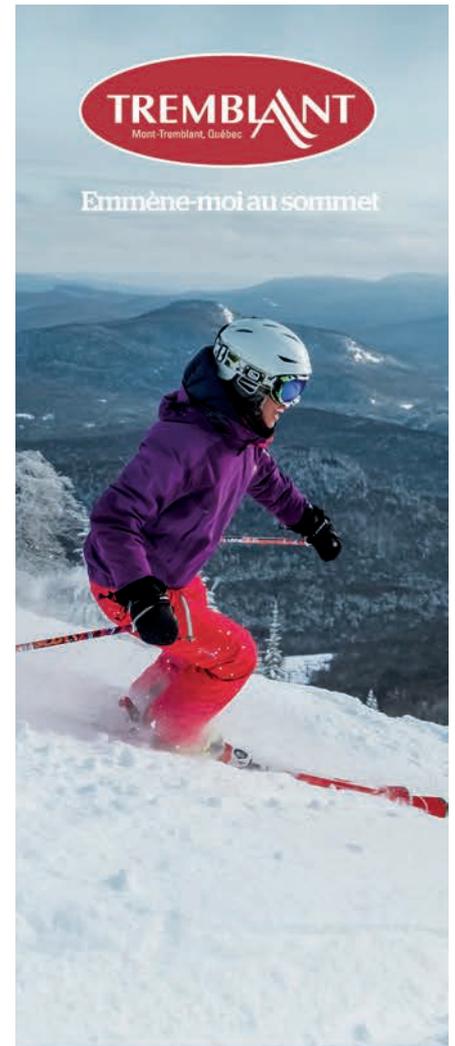
L'équipe de prévention a organisé la formation de plus de 60 infirmières cliniciennes travaillant sur différentes unités de soins et qui sont devenues des agentes de prévention et de contrôle des infections, ou agentes de PCI. « Ces agentes reçoivent, annuellement, l'équivalent de huit jours de formation en prévention des infections », précise Valérie Dancause. Elles participent aussi à des ateliers interactifs, conçus en collaboration avec les Directions des communications et des Ressources humaines afin d'apprendre à vulgariser ce contenu et à exercer leur leadership. L'objectif de ces ateliers est de faire en sorte que leurs rappels et la transmission des bonnes pratiques aux équipes de soins de leur unité soient bien perçus. Afin qu'elles puissent bien remplir leur mission, différents outils sont mis à leur disposition : aide-mémoire, protocoles, affiches, mises en situation, questionnaires, capsules vidéo, etc.

## CHANGER LES PRATIQUES

Les agentes de PCI de retour sur leur unité doivent faire des observations en lien avec la formation reçue. « Elles constatent des enjeux liés à des écarts de bonnes pratiques et comprennent mieux le risque infectieux. Elles doivent ensuite s'associer à leur chef d'unité pour présenter des capsules d'information devant leur équipe sur les constats et les changements à apporter », ajoute-t-elle.

Alors qu'elles ont suivi des formations tout au long de l'année, les agentes de PCI testent leurs connaissances dans des « olympiades » sous forme d'ECOS. « Cette forme de développement professionnel est très appréciée des infirmières. Elles ont acquis des connaissances durant leurs études, mais ont adopté des automatismes avec le temps. On les ramène à leurs débuts, on révise les bonnes pratiques et on leur demande de les enseigner ensuite à leurs collègues », indique Valérie Dancause.

Les cas de transmissions nosocomiales et le nombre d'éclosions ont ainsi diminué parce que les infirmières interviennent rapidement et de façon soutenue, et que l'hygiène des mains s'est améliorée. ●



Emmène-moi au sommet

**Épargnez 39 %**  
sur vos billets  
SkiMax

**60\$** / billet

**Tarif valable  
jusqu'au  
6 décembre**

Visitez la section Avantages  
aux membres sur [oiiq.org](http://oiiq.org)  
pour tous les détails.

# À PROPOS DU *sommeil et de la santé des travailleurs de nuit*

par **DALILA BENHABEROU-BRUN**  
B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.

En Amérique du Nord, environ 20 % des travailleurs ont un horaire de travail atypique, en dehors de la plage s'étalant de 9 heures à 18 heures. Les recherches ont établi que si certaines approches permettent de minimiser les impacts négatifs, d'autres causent plutôt des effets délétères sur la santé et sur la qualité de vie des personnes travaillant la nuit. Les stratégies d'adaptation demeurent des éléments clés pour aider à mieux gérer les conséquences de ce type d'horaire.

RÉPONSES EN PAGE 68

## SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 01. Le travail de nuit cause des troubles du sommeil sévères chez tous les travailleurs de nuit.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02. Le sommeil de jour est aussi réparateur que le sommeil de nuit.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03. La prise de médicaments est recommandée pour contrer les troubles du sommeil des travailleurs de nuit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04. Les travailleurs de nuit sont plus vulnérables aux problèmes de santé mentale.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05. L'exposition à la lumière affecte la sécrétion de mélatonine.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06. Il existe diverses stratégies pour atténuer les effets du travail de nuit.                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# SOLUmed

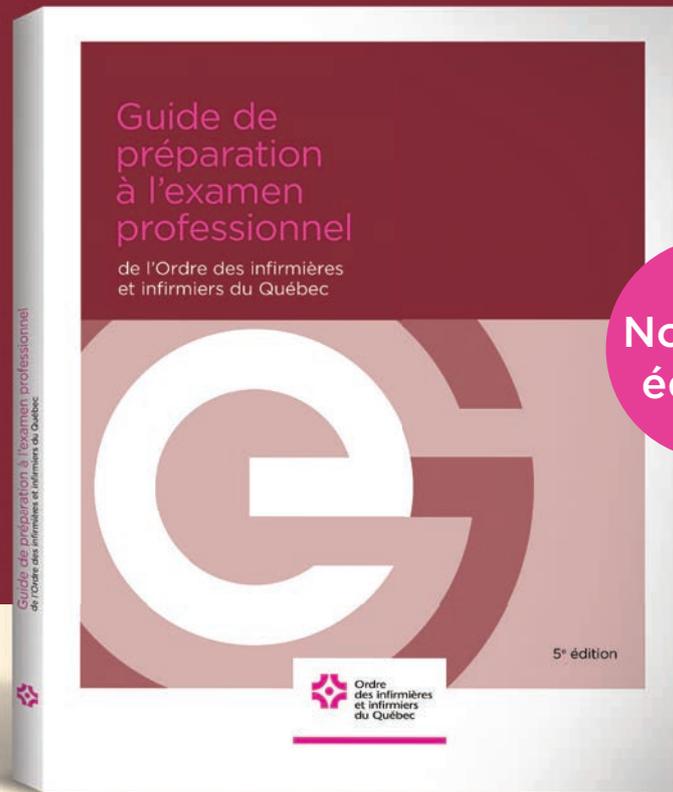
agence de placement en soins infirmiers

**Nous sommes à la recherche  
D'INFIRMIERS(ÈRES) pour  
toutes les régions du Québec.**

- ▶ **Salaires à la hauteur de vos attentes**
- ▶ **Une équipe dynamique et personnalisée**

**CONTACTEZ-NOUS**

[info@agencesolumed.com](mailto:info@agencesolumed.com)
 450-933-9633 • 1 833-933-9633
 450-933-9634



Nouvelle  
édition

## Conçu pour favoriser la réussite à l'examen professionnel

Ce nouveau *Guide de préparation à l'examen professionnel* comprend **12 situations cliniques mises à jour**, auxquelles se rattachent **30 questions** à choix de réponses. On y trouve également un corrigé détaillé, qui décrit le processus de décision menant aux bonnes réponses.

Commandez votre exemplaire sur [oiiq.org/publications](http://oiiq.org/publications)

Disponible aussi en anglais



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec



© Pierre Longtin Photographe

« La relation d'aide entre une infirmière et son patient est un point clé de notre profession. Être infirmière-psychothérapeute, c'est porter cette relation d'aide à son maximum. »

## Christine Marie Tillmann Infirmière-psychothérapeute

Infirmière pendant 30 ans dans le réseau de la santé, Christine Marie Tillmann a débuté sa formation en psychothérapie en 2005, pratique à laquelle elle se consacre désormais en clinique privée en tant qu'infirmière-psychothérapeute, thérapeute conjugale et familiale. Portrait d'une infirmière dynamique et hautement investie dans la promotion et le développement de la pratique infirmière en santé mentale.

par **GEOFFREY DIRAT**

Quand on l'interroge sur son parcours professionnel, Christine Marie Tillmann répond que le fait de devenir infirmière « était naturel », car la relation à l'autre a toujours été au cœur de sa pratique. C'est en revanche un concours de circonstances qui l'a menée à l'exercice de la psychothérapie dans le secteur privé, indique celle qui fait aujourd'hui ses consultations à la clinique de services psychologiques Médipsy, à Westmount.

En 1982, munie de son baccalauréat en sciences infirmières, Christine Marie Tillmann entreprend sa carrière à l'Hôpital général juif de Montréal, au service de chirurgie cardiovasculaire et thoracique. Deux ans plus tard, elle prend le chemin de l'Europe, elle qui a des origines allemandes, et s'installe en Suisse où elle travaille en périnatalité auprès de prématurés, puis en gériatrie. De retour à Montréal en 1987, elle exerce à l'Hôpital Royal Victoria. « J'y ai travaillé un an en salle d'accouchement puis quatre à la clinique ambulatoire, où je voyais des femmes vivant des grossesses à risque élevé », relate l'infirmière. Elle obtient ensuite un poste au CLSC de Saint-Léonard où, pendant neuf ans, elle est responsable des rencontres prénatales pour la clientèle anglophone.

Christine Marie Tillmann s'inscrit, en 2002, à la maîtrise en sciences appliquées à l'École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill. Dans son mémoire, elle explore le sens de la cohérence chez les femmes vivant une grossesse à risque élevé. Diplôme en poche, elle s'inscrit à une seconde maîtrise portant cette fois sur la thérapie conjugale et familiale. « J'ai approfondi mes compétences en relations humaines tout en obtenant la certitude que j'appréciais ce contact particulier avec les patients. Une consultation en psychothérapie est aussi intime qu'une salle d'accouchement. On nous raconte des choses très personnelles qui n'ont parfois jamais été dites. »

En 2007, Christine Marie Tillmann renoue avec l'Hôpital général juif, cette fois à la clinique de soins ambulatoires du département de psychiatrie, où elle œuvre auprès d'une clientèle diverse : personnes souffrant d'anxiété, de dépression, de psychose maniacodépressive, atteintes de troubles bipolaires, de schizophrénie, en crise ou vivant d'importantes transitions. « J'ai acquis un bagage incroyable et j'ai beaucoup appris. » Quelques années plus tard, elle obtiendra ses permis de psychothérapeute émis par l'Ordre des psychologues du Québec et par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, de même que son attestation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour exercer l'activité réservée qui consiste à évaluer les troubles mentaux à l'exception du retard mental<sup>1</sup>.

« Il ne faut jamais être trop sûre de ses hypothèses, prévient-elle. Le tableau clinique peut être flagrant, lors d'une phase de manie, par exemple, mais l'enjeu de la consultation consiste à répondre à la question suivante : pourquoi le patient en est-il là? Et c'est à moi de l'accompagner pour qu'il puisse me le dire. » Au près de ces personnes aux troubles divers et aux origines multiples, Christine Marie Tillmann a aussi développé



### PRATIQUE INFIRMIÈRE PRIVÉE : QUELQUES BALISES

La pratique infirmière dans le secteur privé se développe, en raison notamment de la demande croissante pour de tels services. Quelle que soit la structure dans laquelle les infirmières et infirmiers choisissent de travailler, ils doivent exercer leur profession en toute autonomie sur le plan clinique et préserver leur indépendance afin d'éviter les situations de conflit d'intérêts.

Les membres de la profession infirmière exerçant en clinique privée sont aussi tenus :

- d'obtenir le consentement libre et éclairé de leurs clients quant aux soins à prodiguer;
- de demander des honoraires justes et raisonnables et d'en informer leurs clients au préalable;
- d'émettre des factures comprenant le nom et les coordonnées du client, la date du service rendu et sa description sommaire, le montant à payer, les coordonnées du lieu de pratique, leur signature suivie de leur titre et de leur numéro de permis;
- de mener leurs consultations dans un local fermé;
- d'afficher à la vue du public leur permis ou une copie de celui-ci, ainsi qu'une copie du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* et du *Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des infirmières et des infirmiers*.

Source : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017). *Pratique infirmière dans le secteur privé, Balises professionnelles, déontologiques et juridiques*. (disponible sur oiiq.org).

sa capacité à accueillir la personne comme elle est et à accepter son malaise. « Je cherche à instaurer une relation basée sur l'empathie et la confiance. C'est essentiel pour libérer la parole et permettre l'expression des tourments. »

Lors du premier rendez-vous, elle explique au patient qu'ils travaillent ensemble dans un but commun qu'il doit lui-même définir. Se sentir mieux, trouver des réponses à ses questions, résoudre des problèmes, faire des choix, mieux se comprendre, s'accepter tel qu'il est. « Je l'aide à se fixer des objectifs qui servent de fils conducteurs à notre collaboration », indique-t-elle. Peu importe la finalité, elle n'oublie jamais qu'on ne dissocie pas le corps et l'esprit. En tant qu'infirmière-psychothérapeute expérimentée, elle est à même de comprendre ces deux tableaux.

À titre personnel, Christine Marie Tillmann a également beaucoup appris sur elle à travers son cheminement menant à l'exercice de la psychothérapie. « Il faut bien se connaître pour être capable, en consultation, de gérer ses propres émotions et accepter le malaise exprimé par la personne devant soi. »

### NOUVEAU CHAPITRE PROFESSIONNEL

En 2017, lors d'une réorganisation du réseau, son poste d'infirmière cadre est aboli. Christine Marie Tillmann accuse d'abord le coup – « J'ai eu le sentiment d'abandonner mes patients » – mais retombe rapidement sur ses pieds. Deux choix s'offrent à elle : rejoindre la clinique Médipsy afin d'y exercer la psychothérapie en cabinet privé ou devenir coordinatrice du nouveau programme de formation des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en santé mentale de l'Université McGill, le premier en anglais au Canada (le Québec étant la seule province à avoir développé le rôle d'IPS en santé mentale). Elle relèvera finalement les deux défis, tout en représentant le Québec à la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale.

Ses premiers jours à la clinique privée Médipsy ont été quelque peu déroutants, se rappelle Christine Marie Tillmann, seule infirmière-psychothérapeute dans une équipe qui compte aussi des psychologues, des neuropsychologues et une coach personnelle. « À l'hôpital, il existe une structure qui peut être sécurisante et

encadrante pour le personnel, mais cette structure peut être très différente, ce qui n'est pas mal non plus, dans une clinique privée. »

### DÉFIS DE LA PRATIQUE PRIVÉE

À ses débuts en clinique privée, elle a également dû composer avec une nouvelle réalité, celle de se bâtir une clientèle. « Se faire connaître et développer sa clientèle ne sont pas des étapes faciles. J'ai beaucoup d'éducation à faire pour expliquer mes champs d'intervention », reconnaît l'infirmière. Elle a aussi dû apprivoiser le geste de remettre une facture à ses clients pour ses consultations. « Pendant les premières semaines, j'étais mal à l'aise avec l'idée de faire payer mes patients. Il faut aussi ajouter à cela que la plupart des assureurs ne remboursent les services de psychothérapie que s'ils sont offerts par des psychologues. »

Qu'elle s'exerce dans le réseau public ou en clinique privée, Christine Marie Tillmann estime que sa profession d'infirmière-psychothérapeute n'a pas changé. « J'interviens dans des problématiques variées et tous les membres de l'équipe travaillent en collaboration pour le bien-être de nos patients. » Son approche aussi est restée la même. « Mon but est d'aider la personne à trouver ses propres mécanismes d'adaptation et d'autorégulation, à se consoler elle-même. J'essaie toujours de voir l'humain derrière la maladie. Même au plus profond d'une crise, les personnes ont des forces qui restent. Mon rôle est de faire en sorte qu'ils voient ces forces en eux. »

Simultanément, au cours de l'année 2017-2018, elle contribue à mettre sur pied le nouveau programme de la maîtrise de l'École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill, qui a accueilli cet automne sa première cohorte de futures IPS en santé mentale. « La psychothérapie est une voie d'avenir pour les infirmières, explique-t-elle. Nous avons toutes une grande capacité d'écoute. *Le caring* fait partie de nous. Nous avons donc notre place et notre rôle à jouer aux côtés des autres professionnels en santé mentale afin de contribuer à éviter des hospitalisations inutiles. ●



### À LIRE

L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent



Fruit d'une collaboration entre les ordres professionnels en santé mentale et en relations humaines, ce document apporte d'importantes précisions sur l'exercice de la psychothérapie (voir article en p. 10). Il permet, notamment, de mieux distinguer la psychothérapie des diverses interventions qui s'y apparentent et de situer clairement le rôle des différents professionnels dans l'ensemble des soins et des services. Disponible sur [oiiq.org](http://oiiq.org)



### 49

Nombre d'infirmières-psychothérapeutes inscrites au Tableau de l'OIIQ au 31 mars 2018.

Source : OIIQ, 2018.

1. Cette activité réservée est ainsi libellée : Évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques, déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe g de l'article 14 [de la Loi sur les infirmières et les infirmiers].



Fondation de l'Ordre  
des infirmières et  
infirmiers du Québec

Pour mieux soigner.

## « KANGOUROU-O-THON »

# Événement mobilisateur pour les unités de soins intensifs néonataux

En 2017, la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIQ) a remis la subvention *Pour mieux soigner* au projet « Favoriser le développement des enfants prématurés et l'implication des parents par l'optimisation des meilleures pratiques infirmières », visant à harmoniser les pratiques infirmières dans les six unités de soins intensifs néonataux du Québec<sup>1</sup>. L'une des pratiques ciblées, le contact peau à peau, a été mise de l'avant lors d'un « kangourou-o-thon » qui s'est déroulé dans ces six unités en mai 2018.

par **AUDREY LARONE JUNEAU**, inf., M. Sc., **BÉNÉDICTE GROU**, inf., M. Sc. (c), **SONIA SEMENIC**, inf., Ph. D. et **MARILYN AITA**, inf., Ph. D.

**La formation offerte aux infirmières et la sensibilisation des familles et des autres soignants ont mené à une augmentation significative de la durée des contacts peau à peau.**

Le contact peau à peau (aussi appelé méthode kangourou, lorsqu'il est utilisé au bénéfice des nouveau-nés prématurés) consiste à placer le nouveau-né nu directement sur la poitrine nue de son parent. L'objectif principal de ce contact est de recréer l'environnement intra-utérin. Tant les nouveau-nés que les parents tirent avantage du peau à peau. Entre autres, les nouveau-nés sont généralement plus calmes et leurs fonctions vitales se stabilisent. Chez les parents, le sentiment de compétence parentale est favorisé et la production de lait de la mère est optimisée. Cette pratique est validée par de nombreuses données probantes dans les écrits scientifiques.

### EFFETS TANGIBLES D'UNE COMMUNAUTÉ VIRTUELLE DE PRATIQUE

Le kangourou-o-thon est un événement annuel tenu simultanément dans les six unités de soins intensifs néonataux de la province, durant lequel les parents sont encouragés à tenir leur nouveau-né prématuré peau contre peau et à pratiquer ce contact pendant le plus grand nombre d'heures possible au cours d'une période déterminée. La Communauté virtuelle sur les meilleures pratiques infirmières en soins intensifs néonataux, la CVP-Neon@t, mise sur pied grâce à l'appui de la subvention *Pour mieux soigner*, a permis de mobiliser les six unités afin qu'elles participent à cet événement. Cette mobilisation a rendu possible la concentration

des efforts infirmiers autour de cette pratique par le biais d'échanges de documents de formation, d'outils promotionnels et de stratégies éducationnelles à l'intention des infirmières et des familles.

### RÉSULTATS DU KANGOUROU-O-THON

Au cours des deux premières semaines du mois de mai, les unités ont comptabilisé les heures de contact peau à peau réalisées par les familles afin de déterminer l'impact du kangourou-o-thon sur cette pratique infirmière. Les résultats montrent que dans les six unités, les nouveau-nés ont été pris en kangourou 32,3 minutes de plus par jour en moyenne, grâce aux diverses stratégies mises en œuvre. Ainsi, la formation offerte aux infirmières et la sensibilisation des familles et des autres soignants ont mené à une augmentation significative de la durée des contacts peau à peau. À la lumière des données probantes, ce résultat aura des impacts à long terme sur le développement de ces nouveau-nés prématurés ou malades.

Plusieurs unités participantes avaient un photographe sur place dans le but d'immortaliser ces moments. Certains professionnels se sont même déguisés en kangourou afin de rendre l'événement festif et amusant. Avec la collaboration des infirmières, le personnel des unités a accompli un travail exceptionnel de sensibilisation auprès des familles à l'aide d'affiches informatives ainsi que de publicités dans le centre hospitalier et sur les réseaux sociaux.

**Parmi les moyens d'amélioration de la pratique infirmière dans les unités, celui qui consiste à partager des ressources entre infirmières leaders constitue une stratégie essentielle visant à réduire le travail isolé.**

Un événement comme celui-ci permet de créer des occasions d'échanges qui favorisent l'esprit de collaboration entre les infirmières leaders des six unités de soins intensifs néonataux du Québec, ce qui les motive à participer à la CVP-Neon@t. Parmi les moyens d'amélioration de la pratique infirmière au sein des unités, celui qui consiste à partager des ressources entre infirmières leaders constitue une stratégie essentielle visant à réduire le travail isolé.

La CVP-Neon@t a ainsi permis une mobilisation provinciale autour du kangourou-o-thon et a fait valoir son impact dans un concours international. En effet, le

kangourou-o-thon organisé au Québec s'inscrit dans le prolongement de celui institué il y a quelques années par l'unité néonatale du centre hospitalier Sunnybrook de Toronto, pendant lequel des unités à travers le monde tentent d'accumuler le plus d'heures possible. Cette mobilisation autour d'une pratique infirmière a un impact direct sur la clientèle, comme le démontrent les résultats du kangourou-o-thon 2018. Le prochain objectif consistera à mobiliser les unités néonatales de niveau 2, de sorte qu'un plus grand nombre de nouveau-nés prématurés ou malades puissent profiter des bienfaits du contact peau à peau.

Enfin, cette expérience a permis de constater qu'un outil de documentation standardisé serait requis dans les unités de soins intensifs néonataux afin de permettre aux parents de noter les heures réalisées en contact peau à peau. ●



On peut consulter le site Web de la CVP-Neon@t pour toute question sur le kangourou-o-thon 2018 et avoir accès aux outils conçus pour cet événement.

1. Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine, Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Centre hospitalier universitaire de Québec, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et Hôpital général juif.

**LES AUTEURES**

AUDREY LARONE JUNEAU  
Inf., M. Sc.

Cadre-conseil en sciences  
infirmières au CHU Sainte-Justine.

BÉNÉDICTE GROU  
Inf., M. Sc. (c)

Infirmière en néonatalogie au CHU Sainte-Justine et  
attachée de recherche pour le projet CVP-Neon@t.

SONIA SEMENIC  
Inf., Ph. D.

Professeure agrégée à École des sciences  
infirmières Ingram de l'Université McGill.

MARILYN AITA  
Inf., Ph. D.

Professeure agrégée à la Faculté des sciences  
infirmières de l'Université de Montréal.



Fondation de l'Ordre  
des infirmières et  
infirmiers du Québec

MARDI  JE DONNE <sup>MC</sup>

La Fondation de l'OIIQ s'associe au grand mouvement  
dédié à la générosité, **MARDI JE DONNE**.

Soyez des nôtres le 27 novembre et affirmons ensemble  
que l'expertise infirmière fait partie de la solution.

**Joignez-vous au mouvement en visitant  
fondationoiiq.org**

# VENEZ DÉCOUVRIR LA CÔTE DE LA BAIE D'HUDSON AU NUNAVIK

**Nous recherchons des infirmier(ère)s  
à temps complet et à temps partiel**

**Rôle élargi**



**Une expérience unique pour des gens dynamiques et motivés  
qui désirent s'épanouir personnellement et professionnellement !**

## EXIGENCES

- Être membre en règle de l'OIIQ
- DEC ou Bac. Sc. Inf. ou par cumul de certificats
- Bilinguisme essentiel (parlé et écrit)
- 2 ans d'expérience diversifiée (urgence, soins intensifs, soutien à domicile, chirurgie, psychiatrie, santé communautaire, pédiatrie et CLSC)
- Capacité d'adaptation et autonomie
- Capacité de vivre en région éloignée et isolée
- Flexibilité
- Bonne gestion du stress, respect de la diversité culturelle
- Expérience de travail en région éloignée, un atout
- Formation reconnue sur le rôle élargi, un atout
- Passage de neuf semaines à l'unité de soins en prévision du transfert en rôle élargi (CLSC)

## AVANTAGES

- Bonification de votre salaire par l'ajout de primes nordiques
- 3 à 4 sorties annuelles selon le statut
- Possibilité d'occuper un poste à temps partagé
- De nombreuses possibilités d'activités de plein air
- Transport et logement meublé fourni
- Vous êtes éligible à un congé nordique de votre établissement
- Formation continue et rôle élargi disponibles



Le Centre de Santé Inuulitsivik dessert les sept communautés inuites de la Baie d'Hudson.

**Centre de Santé Inuulitsivik**  
[www.inuulitsivik.ca](http://www.inuulitsivik.ca)

**Christiane Alary, agente de gestion du personnel**  
**Courriel :** [christiane.alary.csi@ssss.gouv.qc.ca](mailto:christiane.alary.csi@ssss.gouv.qc.ca)



## OBSTÉTRIQUE

# Impacts de certaines interventions obstétricales sur l'allaitement maternel

Le succès ou l'insuccès de l'allaitement lors de la tétée précoce (dans l'heure qui suit la naissance) et pendant les premiers jours suivant l'accouchement influencent sa durée et son exclusivité. Bien que l'allaitement soit un processus naturel, certaines dyades mère-bébé connaissent des difficultés pendant cette période. Plusieurs facteurs liés à la santé maternelle ou néonatale et reconnus par la communauté médicale peuvent en être la source. Cet article vise à faire connaître l'impact de certaines pratiques obstétricales sur le démarrage de l'allaitement et à proposer des stratégies afin de soutenir les mères.

par **DIANE TOUSIGNANT, inf., D.E.S.S., IBCLC**

La documentation scientifique démontre de plus en plus que les difficultés à commencer l'allaitement pourraient être liées à certaines interventions obstétricales. Il ne s'agit pas d'un phénomène nouveau, puisque dès 1956, des liens entre les pratiques de naissance et le succès de l'allaitement avaient déjà été observés (Smith, 2010).

La proportion d'interventions pendant le travail et l'accouchement s'est accrue dans les dernières années au Québec (Tableau 1). On remarque une augmentation des taux de césarienne et d'anesthésie par péridurale et rachidienne ainsi que, par voie de conséquence, une diminution du taux d'accouchement sans anesthésie. Quant au taux d'induction du travail, il était de 24,9 % au Québec en 2011, alors qu'au Canada, il s'élevait à 24 % (Langlois, Chaillet, Gagné, Moutquin et Senikas, 2014).

Et qu'en est-il des taux d'allaitement? Les données indiquent que le taux de démarrage de l'allaitement maternel au Québec est en baisse constante depuis 2006. De 85,1 % en 2005-2006 (Neill, Beauvais, Plante et Haiek, 2006), il a diminué pour se chiffrer à 83,8 % en 2007-2008 puis à 82,7 % en 2009-2010 (Lavoie et Dumitru, 2011). Au Canada, des données plus récentes (2011-2012) indiquent que 89 % des mères démarrent l'allaitement tôt après la naissance (Gionet, 2013). Quant au taux d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital, les seules données disponibles, remontant à 2005-2006, révèlent qu'il n'atteint que 52 % (Neill et al., 2006), alors que l'objectif établi par l'Initiative Amis des bébés (IAB) est plutôt de 75 % (MSSS, 2017).

*Il existe de plus en plus d'études au sujet des conséquences de certaines pratiques obstétricales sur l'allaitement, nous permettant de mieux les comprendre.*

**Tableau 1**  
**ÉVOLUTION DES TYPES D'ACCOUCHEMENT ET D'ANESTHÉSIE AU QUÉBEC POUR LES ANNÉES 1998 ET 2012**

	TYPES D'ACCOUCHEMENT (%)		TYPES D'ANESTHÉSIE UTILISÉS LORS DE L'ACCOUCHEMENT (%)				
	Vaginal	Césarienne	Générale	Péridurale	Rachidienne	Locale	Aucune
1998	82,79	17,21	3,21	45,72	8,85	27,75	14,47
2012	76,43	23,57	2,02	60,11	15,84	14,19	7,84

Source : MSSS, 2018.

« **Lorsque des interventions obstétricales médicalement nécessaires sont effectuées, les mères et les bébés devraient recevoir du soutien par du personnel formé en allaitement et bénéficier d'un suivi plus étroit. L'infirmière a un rôle essentiel à cet égard puisqu'elle est présente auprès de la mère dès l'arrivée à l'hôpital en vue de l'accouchement.** »

#### LE CAS DE M<sup>me</sup> GERMAIN

M<sup>me</sup> Germain a accouché à 39 semaines de grossesse d'un bébé de sexe masculin en parfaite santé. Après 18 heures de travail, elle a demandé une anesthésie par péridurale. Ses contractions ont diminué d'intensité peu de temps après, ce qui a nécessité une stimulation du travail à l'aide d'ocytocine administrée par voie intraveineuse. Bébé Émile est né quatre heures plus tard, présentant un score d'Apgar de 8 à une minute de vie et de 9 à cinq minutes de vie. Il a été placé en peau à peau sur sa mère pendant deux heures. À 90 minutes de vie, bébé Émile n'avait toujours pas manifesté de signes d'éveil ou de faim. Sa mère a donc exprimé du colostrum qu'elle lui a donné à la cuillère. Que devons-nous comprendre de cette situation?

#### COMMENT LES PRATIQUES OBSTÉTRICALES INFLUENCENT LE DÉMARRAGE DE L'ALLAITEMENT

Il existe de plus en plus d'études au sujet des conséquences de certaines pratiques obstétricales sur l'allaitement, nous permettant de mieux les comprendre. Les paragraphes qui suivent se penchent plus particulièrement sur les impacts du recours à l'anesthésie par péridurale et de l'administration d'ocytocine, deux des interventions obstétricales les plus courantes.

L'accouchement vaginal assisté (ventouse, forceps), la césarienne et le monitoring fœtal électronique continu constituent aussi des interventions obstétricales, mais ne font pas l'objet de cet article.

#### PÉRIDURALE

La péridurale est une méthode d'anesthésie qui consiste à injecter, dans l'espace épidural, une solution contenant des agents analgésiques et anesthésiques (en général du fentanyl et de la ropivacaïne), afin de soulager la douleur occasionnée par les contractions utérines. Liposolubles, ces médicaments traversent le placenta et sont rapidement diffusés au fœtus (Lind, Perrine et Li, 2014). Ils peuvent provoquer une sédation fœtale et néonatale, une diminution des accélérations et de la variabilité du cœur fœtal, un risque accru de détresse respiratoire chez le nouveau-né ainsi qu'un déficit de ses capacités d'allaitement (Smith, 2016).

Ainsi, les réflexes de fuissement (bébé qui cherche le sein) et de succion tôt après la naissance peuvent être affaiblis et la séquence comportementale normale de pré-allaitement (mouvement de main à la bouche, toucher de l'aréole, mouvements de succion de la bouche, etc.) peut être perturbée (Walker, 2011). Les capacités du nouveau-né à s'attacher au sein et à effectuer un transfert de lait adéquat peuvent donc être compromises. Brimdyr et al. (2015) ont montré une relation inversement proportionnelle entre la dose

de fentanyl et la probabilité que le bébé s'attache au sein dans la première heure de vie. En d'autres mots, plus la dose de fentanyl administré est élevée, plus la probabilité que le bébé s'attache au sein dans sa première heure de vie est diminuée. Il faut aussi ajouter que la péridurale est associée à un risque accru de fièvre maternelle, laquelle augmente à son tour le risque d'accouchement instrumenté (ventouse, forceps) et de césarienne (Walker, 2011).

L'ensemble des situations peut affecter le fœtus et le nouveau-né. Il serait donc inexact d'affirmer que la péridurale seule affecte le démarrage de l'allaitement. Les difficultés éprouvées au moment de commencer l'allaitement peuvent être le résultat de la péridurale ainsi que de toutes les interventions qui s'ensuivent (Dozier et al., 2013).

#### OCYTOCINE

L'ocytocine est une hormone qui joue un rôle dans la contraction de l'utérus et l'éjection du lait. Sécrétée naturellement pendant le travail et l'accouchement, elle contribue entre autres à diminuer la sensation de douleur de la mère et du fœtus, ainsi qu'à limiter le risque d'hémorragie post-partum. Elle facilite aussi le maternage et les interactions mère-enfant en améliorant le bien-être maternel pendant l'allaitement (Gu et al., 2016; Bell, White-Traut et Rankin, 2013).

De l'ocytocine synthétique peut aussi être administrée à la mère dans le but d'induire ou d'accélérer le travail d'accouchement, ou après la naissance afin de prévenir une hémorragie du post-partum immédiat. L'ocytocine synthétique désorganise la sécrétion naturelle et peut aussi créer d'importants effets tant chez la mère que chez le bébé (Gu et al., 2016).

Kalmakoff, Gray et Baddock (2018) et Jordan et al. (2009) ont démontré que l'administration d'ocytocine synthétique peut affecter le statut d'ocytocine endogène de la mère en réduisant la prolifération ou la sensibilité des récepteurs d'ocytocine dans l'utérus et dans le sein, ce qui cause ainsi une diminution de la réponse de l'ocytocine, tant naturelle que synthétique. Ce fait pourrait expliquer le lien entre l'ocytocine synthétique et la supplémentation du bébé (par autre aliment que le lait maternel), puis ultimement, l'arrêt de l'allaitement à 48 heures de vie (Kalmakoff et al., 2018).

Bell et al. (2013) ont quant à eux établi que les bébés exposés à l'ocytocine synthétique pendant le travail et l'accouchement montreraient un niveau d'organisation pré-allaitement plus bas que la normale, et ce, une heure après la naissance. Or, la tétée précoce est un important prédicteur de la poursuite de l'allaitement (Hobbs, Mannion, McDonald, Brockway et Tough, 2016). French, Cong et Chung (2016) mentionnent qu'un délai dans l'instauration de l'allaitement lors de la période critique du post-partum immédiat

Pour obtenir un bac à mon image, je choisis la FEP!

Nouveau!

Certificat en sexualité: enjeux de société et pratiques d'intervention

Faculté de l'éducation permanente

Université  de Montréal  
et du monde.

ADMISSION EN COURS  
[fep.umontreal.ca/sexualite](http://fep.umontreal.ca/sexualite)



peut nécessiter plus de soutien et de suivi de la mère et du nouveau-né afin que l'allaitement soit réussi.

L'induction ou la stimulation du travail à l'aide de l'ocytocine peut entraîner une augmentation rapide de la force et de la fréquence des contractions, ce qui, d'une part soumet le bébé à une pression additionnelle (habituellement à la tête) et, d'autre part, diminue le temps de récupération du bébé entre les contractions. Une telle conjoncture peut causer de la souffrance fœtale (Smith, 2010).

Du fait de fortes contractions entraînant davantage de douleur chez la mère, les besoins en médication pour soulager cette douleur, par exemple, à l'aide de la péridurale, sont accrus. Peut alors s'ensuivre une cascade d'interventions (accouchement instrumenté, césarienne, etc.), comme nous l'avons évoqué précédemment.

Outre ses impacts sur l'accouchement, l'ocytocine, en raison de son effet antidiurétique, peut contribuer à l'œdème souvent observé chez la mère en post-partum (Walker, 2011). Cet œdème présent aussi au niveau des seins rend plus difficile l'expression du colostrum.

L'anesthésie par péridurale et l'administration d'ocytocine constituent des interventions obstétricales fréquemment utilisées en raison de leurs effets bénéfiques (French et al., 2016). Toutefois, des stratégies devraient être mises en œuvre afin de soutenir les mères et les bébés susceptibles d'éprouver des difficultés lors de l'instauration de l'allaitement.

L'une de ces stratégies, l'Initiative Amis des bébés (Organisation mondiale de la Santé, 2017), recommandée par l'OMS et l'UNICEF, fait partie intégrante de la trousse de formation nationale en allaitement maternel du ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). En appliquant les 10 conditions de l'Initiative Amis des bébés, on assure aux mères et aux bébés des conditions optimales pour le soutien de l'allaitement maternel, ce qui pourrait diminuer le risque de problématiques liées aux pratiques obstétricales.

Lorsque des interventions obstétricales médicalement nécessaires sont effectuées, les mères et les bébés devraient recevoir un soutien par du personnel formé en allaitement et bénéficier d'un suivi plus étroit (Smith, 2010). L'infirmière a un rôle essentiel à cet égard puisqu'elle est présente auprès de la mère dès l'arrivée à l'hôpital en vue de l'accouchement. En favorisant certaines pratiques comme le peau-à-peau, la tétée précoce, la cohabitation mère-bébé et l'expression du colostrum, elle contribue à favoriser un bon démarrage de l'allaitement.

### ET M<sup>me</sup> GERMAIN?

On comprend un peu mieux pourquoi bébé Émile n'a pas tété dans les heures suivant la naissance. L'infirmière a rassuré la mère en lui expliquant le comportement de son bébé. M<sup>me</sup> Germain a fait beaucoup de peau-à-peau pendant son séjour à l'hôpital. Avec l'aide et le soutien des infirmières, elle a donné le sein à bébé Émile chaque fois qu'il présentait des signes de faim et lui a offert du colostrum exprimé s'il ne tétait pas efficacement. À sa sortie de l'hôpital, à environ 36 heures de vie, bébé Émile avait eu deux tétées nutritives au sein. Grâce au soutien reçu par les infirmières, M<sup>me</sup> Germain a donc pu diminuer les conséquences négatives des interventions obstétricales sur le démarrage de l'allaitement.

### CONCLUSION

Bien qu'il existe une littérature scientifique considérable sur les interventions obstétricales, peu d'études fournissent des données probantes sur l'impact de celles-ci sur l'allaitement. En revanche, on sait que chaque fois qu'une intervention obstétricale est ajoutée, on augmente de 7 % le risque que l'allaitement soit cessé (Bai, Wu et Tarrant, 2013). On comprend dès lors que chacune de ces interventions peut venir perturber le processus physiologique normal du travail, de l'accouchement et de l'allaitement. ●

### L'AUTEURE

DIANE TOUSIGNANT  
Inf., D.E.S.S., IBCLC

Conseillère en soins et consultante en lactation au CHU de Québec – Université Laval. Elle est diplômée de l'International Board of Lactation Consultant Examiners, organisme international inactant conférant le titre d'IBCLC.

### RÉFÉRENCES

- Bai, D. L., Wu, K. M. et Tarrant, M. (2013). «Association between intrapartum interventions and breastfeeding duration». *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(1), 25-32. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00254.x>
- Bell, A. F., White-Traut, R. et Rankin, K. (2013). «Fetal exposure to synthetic oxytocin and the relationship with prefeeding cues within one hour postbirth». *Early Human Development*, 89(3), 137-143. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2012.09.017>
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Widström, A. M., Svensson, K., Neumann, M., Hart, E. A., ... Phillips, R. (2015). «The association between common labor drugs and suckling when skin-to-skin during the first hour after birth». *Birth*, 42(4), 319-328. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12186>
- Dozier, A. M., Howard, C. R., Brownell, E. A., Wissler, R. N., Glantz, J. C., Ternullo, S. R., ... Lawrence, R. A. (2013). «Labor epidural anesthesia, obstetric factors and breastfeeding cessation». *Maternal and Child Health Journal*, 17(4), 689-698. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-012-1045-4>
- French, C. A., Cong, X. et Chung, K. S. (2016). «Labor epidural analgesia and breastfeeding: A systematic review». *Journal of Human Lactation*, 32(3), 507-520. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1177/0890334415623779>
- Gionet, L. (2013). «Tendances de l'allaitement au Canada». Coup d'œil sur la santé, (82-624-X). Statistique Canada. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-624-x/2013001/article/11879-fra.pdf?st=TTUFRGTS>
- Gu, V., Feely, N., Gold, I., Hayton, B., Robins, S., Mackinnon, A., ... Zerkowitz, P. (2016). «Intrapartum synthetic oxytocin and its effects on maternal well-being at 2 months postpartum». *Birth*, 43(1), 28-35. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12198>
- Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M. et Tough, S. C. (2016). «The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum». *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 90. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>
- Jordan, S., Emery, S., Watkins, A., Evans, J. D., Storey, M. et Morgan, G. (2009). «Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: Analysis of the Cardiff Births Survey». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(12), 1622-1632. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02256.x>
- Kaimakoff, S., Gray, A. et Baddock, S. (2018). «Predictors of supplementation for breastfed babies in a Baby-Friendly hospital». *Women and Birth*, 31(3), 202-209. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.08.131>
- Langlois, H., Chaillet, N., Gagné, G.-P., Moutquin, J.-M. et Senikas, V. (2014). «Le déclenchement du travail» (p. 3). Portail d'information prénatale de l'INSPQ. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/declenchement-du-travail.pdf>
- Lavoie, A. et Dumitru, V. (2011). «L'allaitement maternel: une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada». *Zoom santé*, (28), 8 p. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201109-28.pdf>
- Lind, J. N., Perrine, C. G. et Li, R. (2014). «Relationship between use of labor pain medications and delayed onset of lactation». *Journal of Human Lactation*, 30(2), 167-173. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1177/0890334413520189>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). «Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie», p. 57. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). «Taux d'allaitement fixé par le programme "Ami des bébés"». Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/amis-des-bebes/taux-d-allaitement-fixe-par-le-programme-ami-des-bebes/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). «Statistiques sur les soins et services en santé périnatale». Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001731/?&date=DESC>
- Neill, G., Beauvais, B., Plante, N. et Haiek, L. N. (2006). «Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006», 92 p. Québec: Institut de la statistique du Québec. Repéré à [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PRO1670\\_recueil\\_allaitement2006F00.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PRO1670_recueil_allaitement2006F00.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). «Mise en œuvre de l'initiative Hôpitaux amis des bébés dans les pays en 2017». Genève: OMS. Repéré à <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255420/WHO-NMH-NHD-17-4-fre.pdf>
- Smith, L. J. (2010). «Impact of birthing practices on breastfeeding» (2<sup>e</sup> éd.) (p. 5). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Smith, L. J. (20-23juill. 2016). «Birthing practices and their impact on breastfeeding». Atelier au Congrès de l'International Lactation Consultant Association, Chicago.
- Walker, M. (2011). «Breastfeeding management for the clinician, using the evidence» (2<sup>e</sup> éd.) (p. 204). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

## Cas clinique M<sup>me</sup> ROY

À la première tournée du matin, une candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) vous informe que M<sup>me</sup> Roy, âgée de 75 ans et hospitalisée pour une pneumonie, dit se sentir plus essoufflée que la veille et que son cœur bat plus vite. Au réveil, elle a eu du mal à terminer sa toilette. Votre collègue a mesuré ses signes vitaux. L'auscultation cardiaque a révélé des battements du cœur rapides et irréguliers. La CEPI a eu la bonne idée de demander un ECG afin de compléter l'anamnèse sur les palpitations. Elle vous apporte le résultat en vous avouant humblement ne pas savoir comment le lire et l'interpréter, ses connaissances en la matière étant assez sommaires. **Quelle approche simple pouvez-vous lui suggérer afin de commencer l'analyse? Que doit-elle rechercher dans l'ECG? Que peut-elle dire au médecin traitant de M<sup>me</sup> Roy, malgré son interprétation générale incertaine?**

# Électrocardiogramme : comment le lire et l'interpréter?

## OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

### 01 ANALYSER

les résultats d'un électrocardiogramme (ECG) avec une approche structurée.

### 02 RECONNAÎTRE

les valeurs normales d'un rythme cardiaque sinusal.

### 03 DISTINGUER

les différentes composantes d'un ECG.

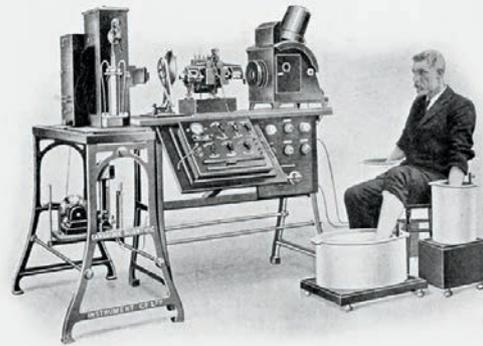
par **JEAN-DOMINIC RIOUX, IPSSA**  
et **AMILIE LEBRUN, IPSSA**

Le diagnostic clinique que posera le médecin dépend en grande partie de l'évaluation de l'histoire clinique de la maladie et de l'examen physique. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ainsi qu'exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring, constituent des activités réservées de l'infirmière. L'électrocardiogramme (ECG), en tant que moyen de monitoring cardiaque, peut confirmer l'hypothèse diagnostique. Dans certains cas, il est indispensable à la prise en charge du patient, afin de détecter des changements du rythme cardiaque, une étiologie des douleurs thoraciques ou de la dyspnée.

L'ECG est une projection graphique de l'activité électrique du muscle cardiaque. Le premier enregistrement d'un ECG a vu le jour il y a plus d'un siècle grâce à Willem Einthoven (**Photo**). Malgré les avancées technologiques, cet outil clinique joue toujours un rôle central en cardiologie. Simple et peu coûteux, il permet de suivre l'évolution des patients ayant des problèmes d'étiologie cardiaque. Il est le plus utile pour interpréter le rythme cardiaque, pour repérer des anomalies du système de conduction ou pour détecter une ischémie myocardique. En cas de douleur rétrosternale, de dyspnée subite, de palpitations, de lipothymie, de syncope ou pour surveiller la réponse à un médicament (spécialement les antiarythmiques, dont les bêtabloqueurs), il fournit un nombre considérable d'informations à ne pas négliger dans l'évaluation du patient (Goldberger, Goldberger et Shvilkin, 2013).

Simple à effectuer, son analyse semble toutefois plus complexe qu'il n'y paraît, mais nul doute que l'habileté à interpréter un ECG s'améliorera avec la pratique. Il ne faut surtout pas hésiter à discuter de ses analyses avec ses collègues afin de développer son

En 1901, Einthoven a inventé le premier électrocardiogramme en plongeant les bras et les jambes du patient dans de grands seaux de solution électrolytique raccordés par des câbles à une machine appelée « galvanomètre » (AlGhatrif et Lindsay, 2012).



© Wikimedia Commons

aptitude à reconnaître les changements électrocardiographiques les plus courants. Cependant, avant tout, il importe de connaître certains principes de base de l'enregistrement d'un ECG et d'être systématique au moment de son analyse, afin de ne rien oublier.

### PRINCIPES DE BASE DE L'ENREGISTREMENT D'UN ECG

Du point de vue technique, l'ECG est enregistré sur un papier spécialement millimétré et quadrillé. Les lignes sont espacées d'un millimètre, et chaque cinquième ligne est plus épaisse pour faciliter la mesure. L'ECG étant un graphique, l'axe vertical représente l'amplitude des ondes enregistrées en millivolt (1 mm = 1 mV). Le temps mis par l'influx électrique à activer successivement les oreillettes puis les ventricules est exprimé en seconde sur l'axe horizontal (1 mm = 0,04 s, puisque la vitesse d'enregistrement standard est de 25 mm/s) (Beaumont, 2017) (Figure 1).

On sait que la fonction principale du cœur est de se contracter rythmiquement et de pomper à chaque battement une quantité suffisante de sang, soit vers les poumons, soit vers la circulation générale (systémique) afin de répondre aux besoins métaboliques du corps. La propagation d'un courant électrique d'une cellule cardiaque à une autre permet la contraction cardiaque. La force de ces courants (voltage) et la direction de leur propagation à travers le muscle cardiaque au fil du temps sont mesurables par l'électrocardiographe au moyen d'électrodes, le corps agissant comme un conducteur d'électricité (Lilly, 2016).

L'ECG actuel comprend douze dérivations cardiaques qui représentent l'enregistrement de cette activité électrique (Taboulet, 2010). Le but de cet article n'est pas d'expliquer la façon d'obtenir chaque dérivation, mais plutôt de comprendre la production de chacune afin de bien saisir leur angle de vue du plan cardiaque. Toutefois, les dérivations cardiaques de l'ECG ne doivent pas être interprétées séparément mais ensemble, car chaque dérivation est un point de vue différent du même stimulus électrique (Encadré 1).

C'est pourquoi, selon le point de vue enregistré, l'aspect des ondes P-complexe QRS-T peut changer d'une dérivation à l'autre (voir 3<sup>e</sup> étape et Figure 5). Afin de favoriser une interprétation universelle, ces points de vue sont enregistrés grâce à 10 électrodes placées dans des positions conventionnelles.

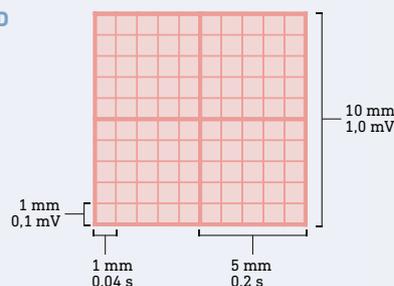
Six dérivations frontales ou standards proviennent des électrodes placées sur les membres (I, II, III, AVR, AVL et AVF), c'est-à-dire qui regardent l'activité électrique allant vers le point de vue ou s'en éloignant, comme si on observait le cœur de face, mais sous différents angles. Par exemple, la dérivation I regarde l'activité électrique qui se dirige du bras droit vers le bras gauche, tandis que la dérivation III regarde l'activité électrique qui se dirige du bras gauche vers les pieds. Six autres dérivations proviennent des électrodes placées sur le thorax (V1, V2, V3, V4, V5 et V6) et regardent l'activité électrique dirigée vers l'avant ou l'arrière du cœur, comme si on voyait le thorax en profondeur, de sa surface antérieure jusqu'à sa surface postérieure (Price, 2010) (Figures 2 et 3).

Les 12 dérivations sont disposées toujours au même endroit sur le papier. Celles qui se superposent (par exemple, I, II et III) sont enregistrées simultanément et l'enregistrement est interrompu au milieu du tracé. Ainsi, les dérivations I et AVR sont en continuité. Il y a aussi interruption entre AVR et V1, puis V1 et V4 sont en continuité (Figure 4).

Enfin, le potentiel électrique généré lorsque le cœur se contracte à chaque cycle cardiaque est représenté par les ondes P-complexe QRS-T. L'onde P représente la dépolarisation des oreillettes, le complexe QRS désigne la dépolarisation (contraction) des ventricules et le segment ST, tandis que l'onde T correspond à la repolarisation (repos) des ventricules (Figure 5). Le cycle cardiaque représenté sur l'ECG montre les courants de dépolarisation et de repolarisation les plus forts. Donc, la repolarisation des oreillettes produite simultanément durant la contraction des ventricules (Beaumont, 2017) est invisible.

Une fois certains principes de base de l'ECG passés en revue, il est temps d'entreprendre l'analyse d'un tracé. D'abord, il faut souligner que, peu importe la situation motivant la demande d'un ECG, il est pertinent de connaître les symptômes, l'âge, le sexe, les pathologies connues et les médicaments du patient ayant un effet sur le système cardiovasculaire. Ces données de base peuvent permettre d'énoncer des hypothèses au médecin avant même de lire l'ECG. En revanche, l'interprétation personnelle ne doit pas se laisser biaiser par ces informations. (Les étapes décrites ci-après sont résumées dans le Tableau 1, page 32.)

Figure 1  
CALIBRATION STANDARD  
D'UN ECG NORMAL



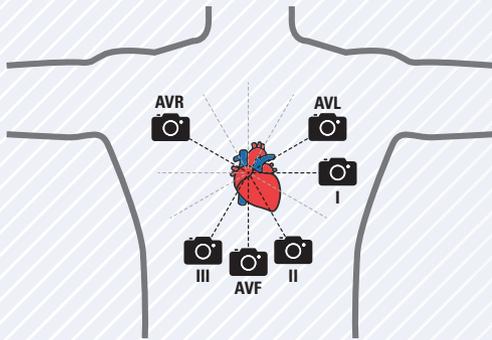
Source: <https://thephysiologist.org/study-materials/the-normal-ecg/>

### Encadré 1 EXEMPLE DE L'AUTOBUS

Imaginez un autobus garé dans un hangar industriel. Celui-ci possède 12 fenêtres laissant voir l'autobus depuis l'extérieur. Si on photographie l'autobus depuis chaque fenêtre, on obtient 12 photographies distinctes du même autobus. Sur l'électrocardiogramme, les dérivations cardiaques sont un peu similaires à cet exemple. Chaque dérivation est une photographie différente de l'activité électrique du cœur.

Source: <http://fr.my-ekg.com/generalites-ecg/derivations-ecg.html>

Figure 2  
DÉRIVATIONS FRONTALES

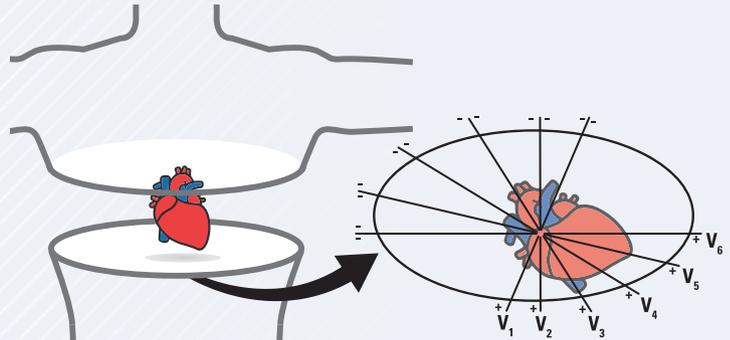


**Légende**

- AVR** mesure unipolaire sur le bras droit (r = right).
- AVL** mesure unipolaire sur le bras gauche (l = left).
- AVF** mesure unipolaire sur la jambe gauche (f = foot).
- I** mesure bipolaire entre le bras droit (-) et le bras gauche (+).
- II** mesure bipolaire entre le bras droit (-) et la jambe gauche (+).
- III** mesure bipolaire entre le bras gauche (-) et la jambe gauche (+).

Source : adapté de Dubin, 2000.

Figure 3  
DÉRIVATIONS PRÉCORDIALES V1 À V6



**Légende**

- V** dérivations unipolaires enregistrant le potentiel absolu du point sur lequel est posée l'électrode du même nom.
- V1** dérivation précordiale de l'électrocardiogramme enregistrant les potentiels des oreillettes par le septum et la paroi antérieure du ventricule droit.
- V2** électrode de cette dérivation se situant au-dessus de la paroi ventriculaire droite.
- V3** dérivation transitionnelle entre les potentiels gauches et droits de l'ECG due à la présence de l'électrode sur le septum interventriculaire.
- V4** électrode de cette dérivation posée sur la terminaison du ventricule gauche, de plus forte épaisseur.
- V5-V6** dérivations de l'électrocardiogramme situées sur le myocarde du ventricule gauche, ayant une épaisseur inférieure à celle de V4.

Source : adapté de Dubin, 2000.

**1<sup>er</sup> étape : vérifier la qualité du tracé**

Existe-t-il des artéfacts? Ceux-ci sont des ondulations de la ligne isoélectrique ne provenant pas d'impulsions électriques du cœur (Bonvini et Camenzind, 2004) (Figure 6). Elles peuvent s'expliquer par les trémulations musculaires du patient, par ses mouvements respiratoires, par des frissons, par de la sueur qui empêche le bon contact des électrodes avec la peau ou même par la pilosité du patient. Il est important de bien repérer les artéfacts, car ils peuvent, à tort, entraîner un diagnostic d'arythmie comme le flutter, une fibrillation auriculaire ou même une tachycardie ventriculaire. De nos jours, l'électrocardiographe possède une fonction filtrant quelques artéfacts, mais certains difficilement, comme les mouvements respiratoires de forte amplitude ou rapides et de faible amplitude, qui doivent être précisés. Le cas échéant, il est possible de demander un nouvel ECG.

Aussi, il faut bien positionner les électrodes. En cas de rythme sinusal, un rapide coup d'œil à l'onde P toujours positive en I et II et toujours négative en AVr permet de s'en assurer. Il est important également de confirmer que la croissance de l'onde R est harmonieuse et progressive de V1 à V6, et que l'onde S croît de V1 à V2, puis décroît par la suite jusqu'à V6 (Goldberger, Goldberger et Shvilkin, 2013). (Les ondes de part et d'autre de la ligne isoélectrique sont abordées plus loin dans cet article). En général, les appareils d'ECG sont accompagnés d'un schéma montrant le positionnement de chaque électrode. Il ne faut pas confondre les électrodes des membres, ce qui entraînerait des anomalies à l'ECG faussement interprétées. Enfin, la calibration doit être conforme, c'est-à-dire de 1 mV = 10 mm, à la vitesse de 25 mm/s.

**2<sup>e</sup> étape : repérer la ligne isoélectrique du tracé**

La ligne isoélectrique se définit comme l'absence de phénomène électrique. Les ondes sont dites positives si elles se trouvent au-dessus de cette ligne de base et négatives si elles se situent en dessous. Les ondes peuvent être aussi biphasiques avec une portion positive et une autre négative (Piquard, 2016).

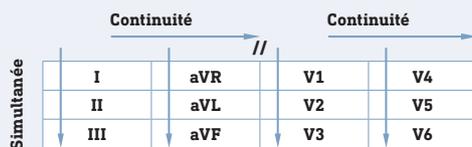
La ligne isoélectrique entre chaque cycle cardiaque est-elle continue ou varie-t-elle? L'instabilité de la ligne isoélectrique résulte souvent de mouvements volontaires ou involontaires du patient, ou par sa respiration anormale (inspiration profonde, tachypnée, etc.), comme déjà mentionné. Donc, la ligne isoélectrique doit être continue, puisque les signaux électriques enregistrés (correspondant à l'influx électrique qui se propage dans le cœur lors de la contraction) sont mesurés et comparés sur l'axe vertical. Par ailleurs, une ligne isoélectrique variant selon ces mouvements rend difficiles l'interprétation du tracé et le calcul du temps entre chaque battement, c'est-à-dire la fréquence cardiaque (FC) (Figure 7).

**3<sup>e</sup> étape : repérer et évaluer les ondes présentes sur la ligne isoélectrique (Figure 7)**

Il est important de savoir repérer chaque onde et intervalle décrits ci-dessous et d'en connaître leur valeur normale. Cela permet de déceler un rythme sinusal normal ou encore les troubles du rythme découlant de l'interprétation de toute variation de ces normales. (Tableau 2, p. 32.)

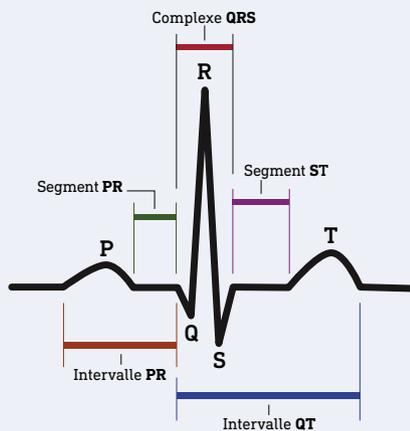
La CEPI vous mentionne que M<sup>me</sup> Roy fait de l'hypertension et qu'elle a déjà eu un flutter auriculaire pour lequel elle a subi une ablation de son arythmie, il y a 10 ans. Elle précise aussi que la patiente prend un bêtabloquant et un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine pour sa pression artérielle. M<sup>me</sup> Roy a confié avoir déjà ressenti ces palpitations, mais que, cette fois-ci, elles sont un peu différentes. Elle sent son cœur battre plus fort et de façon irrégulière. La CEPI émet l'hypothèse d'une récurrence de l'arythmie.

Figure 4  
LECTURE DU COURANT ÉLECTRIQUE



Source : Lalonde et Primeau, 2016.

Figure 5  
ONDES P-COMPLEXE QRS-T



Source : Willis Hurst, 1998.

### L'onde P

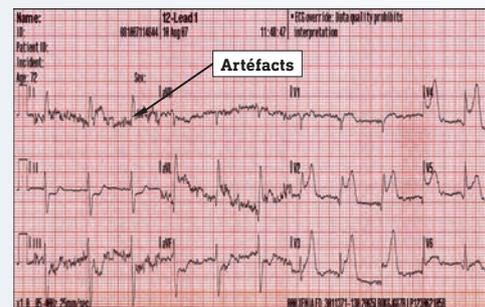
Petite et arrondie, elle est en général positive en I, II et III. Elle représente la contraction des oreillettes, soit leur dépolarisation. Toutefois, elle est en général positive en I, II et III. Elle représente la contraction des oreillettes, soit leur dépolarisation. Toutefois, une onde P négative en V1 est fréquente et n'indique pas pour autant une pathologie. Sa durée normale se situe entre 0,08 et 0,10 seconde. Si la durée dépasse trois petits carrés, c'est-à-dire plus de 0,12 seconde, il peut s'agir d'une hypertrophie ou d'une dilatation auriculaire, présente, par exemple, en cas de maladie pulmonaire grave (embolie pulmonaire, emphysème, etc.) ou de maladie valvulaire (sténose aortique, régurgitation mitrale, etc.).

Une absence d'onde P témoigne d'une absence de dépolarisation du nœud sinusal qui, dans certains cas, résulte d'une hyperkaliémie ou de l'administration de médicaments déprimant la dépolarisation spontanée du nœud sinusal (diminution de son automaticité à se dépolariser à une fréquence normale entre 60 et 100 bpm), comme l'amiodarone, les bêtabloquants, la digitale et les inhibiteurs des canaux calciques (Taboulet, 2010). Si ces médicaments sont administrés chez un patient pour la première fois, le médecin peut demander de surveiller l'activité électrique du cœur avec une télémétrie. L'absence d'onde P avant chaque complexe QRS peut aussi résulter d'une arythmie souvent observée dans la population, la fibrillation auriculaire.

### L'intervalle PR

Il correspond au temps entre le début de l'onde P et le début du complexe QRS. Sa durée normale se situe entre 0,12 et 0,20 seconde. Cet intervalle en général isoélectrique définit le temps mis par l'impulsion électrique à se propager du nœud sinusal aux cellules myocardiques des ventricules. Une anomalie dans la durée de ce segment peut témoigner d'un retard de conduction entre ces différentes parties du cœur. Elle pourrait être attribuable à un bloc auriculoventriculaire (BAV) dont la gravité varie selon le grade et les symptômes. Par exemple, un patient ayant subi une syncope et dont l'ECG montre un BAV du 2<sup>e</sup> ou du 3<sup>e</sup> degré devra recevoir un stimulateur cardiaque (*pacemaker*) afin de prévenir la récurrence de perte de conscience (Taboulet, 2010).

Figure 6  
ECG AVEC ARTÉFACTS



Source : Taboulet P. 100 ECG indispensables. S EDITIONS, 2018 (reproduction autorisée).

Figure 7  
ECG DE MAUVAISE QUALITÉ AVEC MOUVEMENT RESPIRATOIRE DE GRANDE AMPLITUDE



Source : ECGpedia

### Le complexe QRS

Biphasique, il correspond à la contraction ou à la dépolarisation des ventricules. L'onde Q correspond à la première onde négative du complexe, l'onde R, à la première onde positive et l'onde S, négative, le termine. L'amplitude de l'onde R progresse normalement dans les dérivations précordiales. La forme et l'amplitude du complexe QRS varient selon la dérivation dans laquelle il est regardé et peuvent indiquer une multitude de pathologies cardiaques sous-jacentes. Sa durée normale est inférieure à 0,1 seconde. En cas de QRS apparaissant élargi et croché (comme un M ou un W), il peut s'agir d'un bloc d'une des branches du tissu de conduction des ventricules, si sa durée est supérieure à 0,12 seconde. En présence de douleurs rétro-sternales, l'apparition du bloc de branches peut témoigner d'une ischémie ou d'un infarctus en phase aiguë qu'il faut sur-le-champ mentionner au médecin (Taboulet, 2010).

### Le segment ST

Il correspond à l'intervalle de temps à la fin du complexe QRS représentant la fin de la dépolarisation des ventricules jusqu'au début de l'onde T. Cette dernière représente la repolarisation des ventricules (période pendant laquelle les cellules myocardiques ne sont pas excitables). Le segment ST est normalement isoélectrique ou légèrement oblique de plus ou moins 1 mm de part et d'autre de la ligne isoélectrique. Le décalage de ce segment vers le haut ou vers le bas témoigne d'une ischémie qui entraîne une lésion, puis la mort définitive des cellules myocardiques. Il est important de noter dans quelles dérivations il apparaît. En effet, cette information indique le territoire cardiaque où le phénomène a lieu et, par conséquent, les artères coronaires en cause. Il faudra intervenir rapidement pour éviter les complications majeures (Taboulet, 2010).

# Notre équipe s'agrandit !

## INFIRMIER(ÈRE) BLOC OPÉRATOIRE

Poste de jour  
Temps plein et/ou  
temps partiel

**Le Centre de Chirurgie RocklandMD,** agréé avec mention d'honneur par Agrément Canada centre ambulatoire au service des hôpitaux du grand Montréal, est à la recherche de professionnels (les) comme vous !

Conditions salariales compétitives et garanties / Assurances collectives.

### COMPÉTENCES REQUISES :

- Minimum de 6 mois d'expérience dans un bloc opératoire
- Bilinguisme nécessaire
- Connaissance de base en informatique un atout
- Membre en règle de l'OIIQ

### POUR POSTULER :

info@rockland.com

514 667-3383 - Poste 276

**RocklandMD**  
Centre de chirurgie

Figure 8  
MÉTHODE 300

CARRÉ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FRÉQUENCE	300	150	100	75	60	50	43	38	33	30

Source : Adapté de Beaumont, 2017.

### L'intervalle QT

Il est mesuré du début du complexe QRS à la fin de l'onde T. Il correspond à l'ensemble des phases de dépolarisation et de repolarisation ventriculaire. Sa durée varie en fonction de la FC, diminuant quand cette dernière augmente, et inversement. C'est pourquoi il faut corriger la valeur de l'intervalle QT selon la FC, en la désignant comme suit : QTc. Plusieurs formules servent à calculer l'intervalle QT, mais l'appareil présent dans le milieu clinique le calcule déjà. Si la FC est trop basse ou trop élevée, la fiabilité du QTc diminue. La valeur de l'intervalle QT devrait toujours être inférieure à la moitié de celle de l'intervalle entre deux ondes R successives. Cet indice permet de voir rapidement que l'intervalle QT est normal (Taboulet, 2010). Son allongement, qu'il soit la conséquence d'interactions pharmacologiques, d'anomalies électrolytiques ou d'un trouble électrophysiologique, est anormal et peut provoquer des troubles du rythme ventriculaire potentiellement mortels, telle la torsade de pointe (St-Pierre, Fortin, Parent et Drolet, 2015). Sa durée est alors inférieure à 0,45 seconde. Il est important de transmettre la FC au médecin en l'informant d'un QTc allongé (Taboulet, 2010).

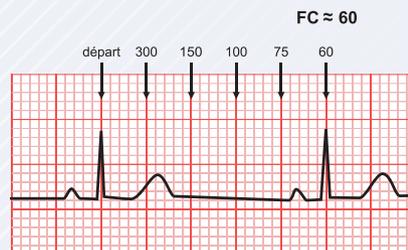
### L'onde T

Elle correspond à la repolarisation ventriculaire. En général, elle est petite, asymétrique et positive. Toutefois, elle peut être normalement négative en V1, III et aVF. Son amplitude dépend de l'onde R qui la précède. Plus l'onde R est positive, plus l'onde T le sera. Elle dépasse peu souvent 10 millimètres. Dans le cas contraire (reconnaisable par son aspect de pointe très élevée), cela signifierait la présence d'une hyperkaliémie. Une analyse sanguine sera alors requise afin d'éliminer ce trouble électrolytique (Taboulet, 2010).

### 4<sup>e</sup> étape : évaluer le rythme cardiaque

Le rythme cardiaque peut être régulier ou irrégulier. Pour l'évaluer, il faut vérifier la durée des intervalles entre chaque onde P ou entre

Figure 9  
EXEMPLE DE CALCUL SUR UN ECG



Source : Assistant INHALO-inhalothérapie.com (reproduction autorisée)

Après un rapide coup d'œil sur l'ECG présenté par la CEPI, vous lui expliquez la pertinence d'en refaire un second, avec la collaboration de M<sup>me</sup> Roy, puisque l'ECG montre que la patiente souffre de tachypnée. Donc, il est plus difficile de vérifier si la ligne isoélectrique est droite et si elle est régulière entre chaque battement.

Figure 10  
MÉTHODE DES 6 SECONDES



Source : Assistant INHALO-inhalotherapie.com (reproduction autorisée)

chaque onde R, et s'assurer qu'elles sont reproductibles entre chacune. Il faut repérer les ondes R sur une longue bande de rythme telle que la dérivation II, reprise en continu et en général sous les douze dérivations séparées en quatre colonnes. Pour cela, prendre une feuille de papier et faire un trait de crayon à l'endroit où deux ondes R se produisent de manière consécutive. Ensuite, déplacer la feuille de papier le long du tracé et vérifier que les ondes R suivantes se produisent selon le même intervalle ou ont la même longueur : le rythme est alors régulier. Si l'intervalle est souvent irrégulier, il peut s'agir d'extrasystole ou d'un flutter auriculaire. Un rythme toujours irrégulier ou désordonné indiquerait une fibrillation auriculaire.

#### 5<sup>e</sup> étape : calculer la fréquence cardiaque sur l'ECG

Sans règlette permettant de calculer le rythme cardiaque, il est possible d'utiliser la méthode 300, la plus courante (Figure 8). À la fois rapide et précise, elle permet une estimation assez juste de la FC. Elle n'est utilisable qu'en cas de rythme cardiaque régulier. Il y a 1 500 petits carrés par période de 60 secondes. Il faut considérer la suite suivante : 300, 150, 100, 75, 60, 50, 43, 38, 33 et 30. Chaque chiffre correspond à la FC équivalant à une augmentation de 1 grand carré (ou de 5 petits carrés) par minute. Pour l'appliquer, il suffit de repérer une onde R coïncidant avec le début d'un trait gras qui sera le point de départ, soit 1500. À chaque trait gras suivant, il faut appliquer la suite jusqu'à la prochaine onde R (Figure 9).

Une méthode plus rapide consiste à compter le nombre de grands carrés séparant deux ondes R consécutives et à diviser 300 par ce nombre. Par exemple, en présence de 3 grands carrés entre 2 ondes R, la FC se situe approximativement autour de 100 battements par minute.

Pour un rythme irrégulier ou très lent, la méthode la plus simple consiste à compter le nombre de QRS dans un intervalle de

temps opportun. Pour cela, on utilise la méthode des 6 secondes (Figure 10). Sachant que 30 grands carrés représentent 6 secondes, il faut calculer le nombre de complexes QRS à l'intérieur de ces 30 grands carrés et multiplier par 10 (6 secondes x 10 = 1 minute) pour obtenir une FC approximative. De façon plus simple, on calcule le nombre de QRS sur la dérivation continue II au bas de l'ECG et on le multiplie par 6, puisque la plupart des électrocardiographes enregistrent pendant 10 secondes.

#### 6<sup>e</sup> étape : formuler l'interprétation finale

Elle consiste à nommer le rythme de base, y compris la FC et l'intervalle PR. Puis, le cas échéant, il est possible de décrire les troubles du rythme identifiés (par exemple, la présence d'extrasystoles ventriculaires). Il est recommandé de comparer l'ECG analysé avec les ECG antérieurs du patient, surtout en cas d'anormalités du segment ST et de l'onde T, afin de savoir si ces changements étaient déjà présents. Au moment d'informer le médecin de ces changements, il faut aussi lui préciser s'ils sont nouveaux ou si, au contraire, l'ECG est stable ou inchangé par rapport aux ECG précédents.

Sur le deuxième ECG de M<sup>me</sup> Roy, vous remarquez une ligne isoélectrique irrégulière ou ondulée. Il n'y a pas d'onde P. Par conséquent, l'intervalle PR est impossible à calculer. Les complexes QRS sont irréguliers, les segments ST sont tous isoélectriques et la morphologie de l'onde T demeure constante. Vous disposez de plus en plus d'information pour formuler votre interprétation finale. Mais avant, vous devez calculer la FC.



### COUP D'ŒIL SUR LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES

#### Activités réservées prédominantes en lien avec cet article

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.

Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.

Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

Source : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Champs d'exercice et activités réservées de l'infirmière.*

#### Cadre réglementaire

- Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII), art. 36 portant sur le champ d'exercice et les activités réservées.
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (2002, chapitre 33), art. 12.
- Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers, 3<sup>e</sup> éd. (2016).

#### Balises déontologiques

- Code de déontologie des infirmières et infirmiers, dont l'article 45.

Tableau 1

**ANALYSE SYSTÉMATIQUE D'UN TRACÉ D'ECG**

<b>1. Qualité et calibration</b>	• Existe-t-il des artéfacts?	• La calibration est-elle 1 mV = 10 mm?
<b>2. Ligne isoélectrique</b>	• Droite, ondulée ou en dents de scie?	
<b>3. Onde P</b>	• De morphologie identique? • Présente devant chaque QRS? • Intervalle P-P : les ondes P sont-elles équidistantes?	• Positive en I, II et III • Absente? • Négative en AVR
<b>4. Intervalle PR</b>	• Normal, court, allongé ou qui s'allonge à chaque QRS?	
<b>5. Complexe QRS</b>	• Durée normale, élargie (durée > que la normale)? • Absence de QRS? Si oui, pendant combien de secondes?	• Complexes QRS : sont-ils équidistants?
<b>6. Segment ST</b>	• Isoélectrique? • Présence de sous-décalage ou de sus-décalage dans un territoire donné?	
<b>7. Onde T</b>	• Constance de la morphologie?	• Positive, aplatie ou négative dans un territoire donné?
<b>8. Rythme régulier ou irrégulier</b>	• S'agit-il d'un rythme sinusal?	• Y a-t-il présence d'extrasystole expliquant l'irrégularité?
<b>9. Fréquence cardiaque</b>	• Méthode 300	• Méthode des 6 secondes
<b>10. Interprétation générale et anomalie du rythme</b>	• Rythme de base incluant FC et intervalle PR	• Description des troubles du rythme
<b>11. Comparaison avec les ECG antérieurs</b>		

Source : Adaptation de l'analyse d'un tracé (Beaumont, 2006, p. 49) et du sommaire de la séquence d'interprétation d'un ECG [Traduction libre] (Lilly, 2016, p. 102).

Tableau 2

**VALEURS NORMALES D'UN ECG CHEZ L'ADULTE**

<b>Calibration</b>	1 mV = 10 mm	
<b>Rythme sinusal</b>	60 - 100 /min	
<b>Ondes P</b>	• Amplitude ≤ 0,25 mV (2,5 petits carrés) • Durée < 0,12 s (3 petits carrés) • Doivent être : – Positives en I, II, III – Négatives en aVR	• Peuvent être : – Positives, biphasiques ou négatives en III et aVL – Biphasiques ou négatives en V1 et V2
<b>Intervalle PR</b>	0,12 – 0,20 s (3 à 5 petits carrés)	
<b>Axe QRS</b>	Normal (+ 90° à - 30°) si QRS surtout positif en I et II	
<b>Complexe QRS</b>	• ≤ 0,10 s (2,5 petits carrés) • ≥ 0,12 s : bloc de branche gauche ou droite selon morphologie	
<b>Segment ST</b>	• Isoélectrique ou légèrement oblique (± 1 mm ou 1 petit carré) • Modifié en ischémie	
<b>Onde T</b>	• Forme asymétrique avec le sommet de l'onde plus près de la fin que du début de l'onde (montée lente, fin abrupte) • Modifié en ischémie	
<b>Intervalle QT</b>	• ≤ moitié de l'intervalle d'un R à un autre R, si FC normale • Dépend de la FC (plus FC ↗, plus l'intervalle QT ↘)	

Note : Ces valeurs peuvent varier selon les auteurs, mais celles-ci sont généralement acceptées.

Source : Goldberger, Goldberger et Shvilkin, 2013.

# ÉTUDIER EN SCIENCES INFIRMIÈRES À L'UDES

DU BACCALAURÉAT AU DOCTORAT EN PASSANT PAR LA FORMATION CONTINUE

[USherbrooke.ca/carriere-infirmiere](http://USherbrooke.ca/carriere-infirmiere)



Faculté de médecine  
et des sciences de la santé

# Cas clinique

## L'INTERPRÉTATION DE L'ECG DE M<sup>me</sup> ROY

Avec votre aide, la CEPI a pu s'initier à l'interprétation d'un ECG. Pour l'analyser, elle a appris la méthode systématique, couramment utilisée par tous les professionnels. Elle a signifié au médecin que M<sup>me</sup> Roy présentait des palpitations et de la dyspnée (associées à l'apparition nouvelle de fibrillation auriculaire) et que sa fréquence cardiaque moyenne s'élevait à 120 battements par minute, avec des battements irréguliers, parfois plus lents et parfois plus rapides. Elle a montré l'ECG au médecin. Confirmant l'interprétation de la CEPI, ce dernier a établi un diagnostic de fibrillation auriculaire. Elle lui a aussi mentionné que les symptômes avaient beaucoup diminué avec le repos recommandé à M<sup>me</sup> Roy et que les signes vitaux de sa patiente étaient demeurés stables.

Le médecin a augmenté la dose de bêtabloquants de M<sup>me</sup> Roy, ajustement auquel la CEPI a procédé en tenant compte de la dose reçue le matin même.

### CONCLUSION

Pour lire un ECG, il est préférable de commencer par une lecture des dérivations frontales (I, II, III, AVR, AVL et AVF), puis des dérivations précordiales (V1, V2, V3, V4, V5 et V6). L'analyse se termine par l'observation du tracé continu au bas du papier, représentant la dérivation II, afin de repérer les troubles du rythme.

Il faut se rappeler qu'un rythme sinusal présente une FC entre 60 et 100 battements par minute, que tous les complexes QRS doivent être précédés d'une onde P d'aspect normal et identique, et que l'intervalle PR doit durer entre 0,12 et 0,20 seconde. ●



### POUR EN SAVOIR PLUS

#### Formations en salle au Québec

- Lecture rapide de l'ECG
- Monitoring en soins intensifs... au-delà des chiffres (Pour les détails, voir Formation continue sur oiiq.org)

Elle a aussi installé une télémétrie à la demande du médecin afin de surveiller la réponse au traitement. Le monitoring cardiaque faisant partie des activités réservées de l'infirmière, plusieurs milieux cliniques offrent une formation sur ce sujet.

Un anticoagulant a donc été commencé pour prévenir la possibilité d'un accident vasculaire cérébral chez M<sup>me</sup> Roy en raison de ses facteurs de risque (son âge et la présence d'hypertension) et une échographie cardiaque a été demandée pour compléter l'évaluation, afin de vérifier si la fonction ventriculaire est normale. Le traitement sera ajusté selon le résultat.

Il n'est pas rare que les patients aux prises avec un flutter auriculaire présentent une fibrillation auriculaire. Celle-ci est peut-être attribuable à sa pneumonie récente ou à une longue période de fièvre tolérée avant de consulter.

### LES AUTEURS

JEAN-DOMINIC RIOUX  
IPSSA

Infirmier praticien spécialisé en soins aux adultes au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

AMILIE LEBRUN  
IPSSA

Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes au CHUM.



### QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Cet article est accompagné d'un questionnaire en ligne donnant droit à des heures admissibles dans la catégorie formation accréditée.

### BIBLIOGRAPHIE

- AlGhatrif, M. et Lindsay, J. (2012). « A brief review: history to understand fundamentals of electrocardiography ». *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, 2(1), 1-5. Repéré à <http://dx.doi.org/10.3402/jchimp.v2i1.14383>
- Arenja, N., Cron, T. et Kühne, M. (2013). « Signes cliniques et ECG des arythmies cardiaques ». *Forum Médical Suisse*, 13(12), 241-247.
- Beaumont, J.-L. (2006). « Les arythmies cardiaques: un guide clinique et thérapeutique » (5<sup>e</sup> éd.). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Beaumont, J.-L. (2017). « Les arythmies cardiaques: un guide clinique et thérapeutique » (7<sup>e</sup> éd.). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Bonvini, R. F. et Camenzind, E. (2004). « Electrocardiogram artefacts caused by an abdominal electrostimulator ». *Medical Journal of Australia*, 181(8), 455.
- « Calcul de la fréquence cardiaque ». (n. d.). AssistantINHALO.com. Repéré à <https://www.inhalotherapie.com/apprendre/electrocardiographie/calcul-de-la-frequence-cardiaque-sur-un-trace/>
- Dubin, D. (2000). « Rapid interpretation of EKG's: Dr. Dubin's classic, simplified methodology for understanding EKG's » (6<sup>e</sup> éd.). Tampa, FL: Cover Pub Company.
- « ECG Interpretation made incredibly easy » (5<sup>e</sup> éd.). (2011). Ambler, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Goldberger, A. L. (2006). « Clinical electrocardiography: a simplified approach » (7<sup>e</sup> éd.). Philadelphia, : Mosby Elsevier.
- Goldberger, A. L., Goldberger, Z. D. et Shvilkin, A. (2013). « Goldberger's clinical electrocardiography: a simplified approach » (8<sup>e</sup> éd.). Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.

- Grauer, K. (2014). « ECG Interpretation ». Repéré à <http://ecg-interpretation.blogspot.com/2014/06/ecg-blog-91-basic-concepts-4-lead.html>
- Lalonde, G. et Primeau, E. (2016). « Cœur et circulation: électrocardiogrammes » (Cahier d'exercices MMD2229). Montréal, QC: Université de Montréal.
- Lilly, L. S. (2016). « Pathophysiology of heart disease: A collaborative project of medical students and faculty » (6<sup>e</sup> éd.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Morris, F., Brady, W. J. et Camm, J. (2003). « ABC of clinical electrocardiography ». Oxford, UK: BMJ Books.
- Piquard, L. (2016). « Comprendre l'ECG (électrocardiogramme), un défi osé? ». *Actusoins*, (17).
- Price, D. (2010). « How to read an electrocardiogram ECG. Part one: Basic principles of the ECG. The normal ECG ». *South Sudan Medical Journal*, 3(2).
- St-Pierre, J., Fortin, A., Parent, M. et Drolet, B. (2015). « Description de l'effet sur l'ECG de l'ajout d'un médicament pouvant prolonger l'intervalle QTc ». *Pharmactuel*, 48(3).
- Taboulet, P. (2010). « L'ECG de A à Z ». Paris: Maloine.
- Taboulet, P. (2018). « 100 ECG indispensables ». Tours, France: S Éditions.
- Willis Hurst, J. (1998). « Naming of the waves in the ECG—With a brief account of their genesis ». *Circulation*, 98, 1937-1942. Repéré à <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/circ.98.18.1937>



© Tiré du site développementenfant.ca (reproduction autorisée)

## Transition vers l'alimentation orale du bébé prématuré à l'unité néonatale

Lors d'une naissance prématurée, les attentes des parents sont chamboulées et le désir d'allaiter ou de nourrir leur bébé au biberon est mis en veille pour une période indéterminée. Très souvent, le bébé prématuré est nourri par gavage avec de très petites quantités de lait maternel que la mère a exprimées. Afin de prendre le sein ou le biberon avec succès, le bébé prématuré devra développer plusieurs compétences nécessaires à l'atteinte d'une alimentation orale sécuritaire et fonctionnelle (Bruwier et al., 2014; Delaney et Arvedson, 2008; Barlow, 2009).

par AUDREY CHARPENTIER DEMERS, B. Sc. (ERG.), MÉLISSA SAVARIA, inf., IBCLC, ISABELLE MILETTE, IPSNN et MARIE-JOSÉE MARTEL, inf., Ph. D.

**L'alimentation est un processus qui se prépare dès les premiers jours d'hospitalisation à l'unité néonatale.**

Malgré l'apparition de certaines compétences orales dans la vie intra-utérine, l'alimentation orale chez le bébé prématuré est fort complexe et dépend beaucoup de la maturation post-natale de ces compétences. L'apprentissage des boires se faisant de façon progressive, le bébé prématuré devra parcourir différentes étapes. Lors d'une naissance prématurée, c'est vers la 28<sup>e</sup> semaine d'âge gestationnel qu'on observe l'apparition du réflexe de succion, alors qu'il se développe beaucoup plus tôt *in utero* (autour de 8 à 12 semaines). La coordination des fonctions succion-déglutition-respiration émerge quant à elle entre la 32<sup>e</sup> et la 34<sup>e</sup> semaine de gestation.

### APPROCHES EN UNITÉ NÉONATALE

Il existe deux approches quant à l'alimentation du bébé admis en unité néonatale (UNN). La première est l'**approche traditionnelle**, qui définit le succès de l'alimentation orale sur la base de la quantité et des calories ingérées tout en respectant un horaire préétabli. Par exemple, il peut être prédéterminé que le bébé recevra deux ou trois boires dans la journée, à des heures définies d'avance. En utilisant cette approche, il est fréquent de voir un bébé « forcé » de boire au biberon ou au sein, alors qu'il recevra un gavage trois heures plus tard, pendant une période

d'éveil actif où il présentera des signes de faim et une volonté à téter. Cette approche qui ne respecte pas nécessairement le développement des compétences du bébé peut mener à long terme au développement de mauvais comportements d'alimentation, à un trouble de régulation sensorielle ou même à l'aversion orale (Bruwier et al., 2014; Pickler, Reyna, Wetzler et Lewis, 2015; Shaker, 2013; Swant et Fairchild, 2014). L'aversion orale peut se définir par une anticipation négative du contexte alimentaire et se traduit par des comportements d'évitement, de refus ou de stress chez le bébé.

La deuxième **approche est basée sur les compétences**, alors que les regards sont portés vers la compréhension des comportements du bébé, leur interprétation, le respect de ses compétences et des signes de faim, et ce, afin que ses expériences orales soient positives. Les bénéfices d'une telle approche sont multiples, tels que l'atteinte de l'alimentation orale complète à un plus bas âge ainsi qu'une diminution de la durée de l'hospitalisation. Il est maintenant bien démontré dans la documentation scientifique que l'approche basée sur les compétences et les comportements du bébé en alimentation correspond aux meilleures pratiques à implanter dans les unités néonatales (Pickler et al., 2015).



## Encadré 1

**LA SUCETTE D'AMUSEMENT, ESSENTIELLE AUX BÉBÉS ADMIS À L'UNN**

La sucette d'amusement permet au bébé prématuré de renforcer les mouvements de langue et la musculature orale, de s'apaiser pendant les manipulations douloureuses et d'apprendre à se consoler par lui-même. Elle l'aide aussi à coordonner sa respiration grâce à sa succion et à se préparer à téter au sein ou au biberon. Selon Ponti (2003), la succion non nutritive (SNN) à l'aide de la sucette d'amusement procure du réconfort, une régulation de l'état d'éveil et une occasion d'organiser le développement oromoteur. D'après une revue Cochrane, la SNN se traduit par l'atteinte de l'alimentation orale complète plus précoce et une diminution de la durée de l'hospitalisation (Foster, Psaila et Patterson, 2016). Elle est donc essentielle au développement de ces compétences oromotrices et ne nuit pas à l'allaitement si elle est utilisée judicieusement en étant soutenue par les recommandations des Amis des bébés en ce qui concerne les nouveau-nés hospitalisés en unité néonatale (Nqvist et al., 2013).

**TRANSITION À L'ALIMENTATION BASÉE SUR LES COMPÉTENCES**

Les différentes étapes de la transition à l'alimentation basée sur les compétences sont : l'étape préorale, l'étape non nutritive et l'étape nutritive. Avant de décrire les différentes étapes, il importe de mentionner que les infirmières jouent un rôle crucial dans l'alimentation des bébés admis en UNN. Elles accompagnent les parents dès le premier jour afin qu'ils prennent part activement à la progression de l'alimentation de leur bébé. Les parents pourront ainsi s'investir à chacune des étapes tout en étant guidés par l'infirmière tout au long de l'apprentissage des boires.

**L'étape préorale**

Si le bébé est né très prématurément ou qu'il est très malade, il se peut qu'il n'ait pas encore acquis le réflexe de succion ou qu'il n'ait pas encore l'intérêt de téter : il est à l'étape préorale. Cela s'explique par son âge gestationnel, mais aussi par la théorie des comportements (Bizier et al., 2017). À cette étape, l'objectif est de favoriser le développement des compétences qui seront nécessaires à l'alimentation et de minimiser les stimulations négatives de la sphère orale.

Les interventions suivantes peuvent être réalisées afin d'aider le bébé à associer les périodes d'alimentation à un moment agréable (Martel et Milette, 2017) :

- Faire les soins de la bouche avec du lait maternel plutôt qu'avec de l'eau stérile, afin d'initier le bébé au goût du lait de la mère et de faciliter le nettoyage. Le lait maternel est un excellent émoullent. Le goût du lait maternel de chaque femme est unique et similaire à celui du liquide amniotique. Presser doucement une petite compresse imbibée de lait maternel sur sa bouche pendant ses soins de bouche. Le bébé se familiarisera ainsi avec le goût et l'odeur du lait et il associera les stimulations qu'il reçoit autour de la bouche à des moments agréables.
- Favoriser la méthode kangourou le plus précocement, le plus souvent et le plus longtemps possible, et ce, idéalement lors des moments de gavage. Cette méthode réunit de nombreux éléments de l'écologie intra-utérine visant à faire du gavage un doux moment parent-enfant (Savaria et al., 2017). Le bébé commencera à associer le sentiment de faim et celui de son ventre qui se remplit à un moment agréable et privilégié avec ses parents.
- En tout temps, être à l'écoute des comportements du bébé et appliquer les méthodes de retour au calme lors de la présence de signes de stress. Favoriser un toucher englobant et rassurant (Bizier et al., 2017).

- Favoriser un positionnement en flexion pour le bébé et l'aider à rapprocher ses mains de sa bouche. Ce geste lui permet de s'apaiser et d'explorer sa bouche. Il pourra éventuellement le reproduire pour montrer qu'il a faim.
- Minimiser les stimulations orales négatives telles que le changement de ruban adhésif près de la bouche, l'insertion d'un tube de gavage, ou encore le changement de masque ventilatoire. Limiter la fréquence de ces stimulations autant que possible et, lorsque le soin est nécessaire, prendre soin d'appliquer les méthodes de retour au calme et d'offrir un toucher réconfortant avant et après ces stimulations.

**L'étape non nutritive**

Lorsque le bébé acquiert de plus en plus de stabilité au niveau de ses sous-systèmes autonome et moteur, il commence à vouloir téter sa sucette d'amusement, ses doigts ou son tube de gavage, même s'il n'est pas prêt à prendre le sein ou le biberon. Pendant cette étape, il expérimente et renforce sa succion sans pour autant avaler de lait, puisqu'il n'est pas encore prêt à le faire. Il pratique la succion non nutritive (SNN). Lors des gavages, lui faire pratiquer la SNN de deux façons (Martel et Milette, 2017) :

- Avec la mère alors que le bébé est au sein : quand il est réveillé et réceptif, placez-le au sein pour une phase d'exploration alors que la mère vient tout juste d'exprimer le lait de ses seins; le but est d'offrir une SNN au bébé, donc de le faire pratiquer à téter un sein bien drainé. Il faut lui laisser du temps pour ouvrir la bouche, lécher, se pratiquer à téter et goûter. Lors d'une mise au sein non nutritive, tous ses sens sont en action, il sent l'odeur de sa mère et du lait, est réconforté par la voix et le contact de sa mère et développe les compétences orales qui seront nécessaires à la mise au sein nutritive lors de la prochaine étape. La mère peut, par exemple, prendre son bébé en méthode kangourou et le diriger doucement vers le sein pour téter sans qu'il doive avaler de grande quantités de lait. Ainsi, cela lui permettra d'apprivoiser un changement de position tout en maintenant sa stabilité. Durant cette phase exploratoire, le gavage peut être donné simultanément afin que bébé associe la mise au sein à la sensation satisfaisante de la satiété.
- Avec la sucette d'amusement : alors que le bébé est dans les bras de son parent, ce dernier peut lui offrir une sucette d'amusement trempée dans le lait maternel (**Encadré 1**). Une goutte de lait déposée sur ses lèvres peut également l'encourager à lécher. Ces périodes de stimulation sont essentielles afin d'aider le bébé à développer davantage son réflexe de succion, de sorte qu'il atteigne une succion efficace à l'étape nutritive. La SNN favorise également la production d'enzymes digestives qui contribuent à une meilleure digestion du lait.



© Geneviève Demers

**Lors d'une mise au sein non nutritive, tous ses sens sont en action, il sent l'odeur de sa mère et du lait, est réconforté par la voix et le contact de sa mère et développe les compétences orales qui seront nécessaires à la mise au sein nutritive lors de la prochaine étape.**

En tout temps lorsque la sucette ou le sein lui est offert, stimuler le réflexe des points cardinaux afin d'encourager l'ouverture de la bouche. Le bébé devrait tourner la tête en direction de votre toucher et ouvrir la bouche. S'il ouvre la bouche spontanément, c'est souvent le signe qu'il est disponible pour téter. S'il ne réagit pas, c'est sans doute qu'il ne souhaite pas téter à ce moment précis. Cette compétence est essentielle à l'étape nutritive en vue d'assurer une bonne prise du sein ou une ouverture de la bouche suffisamment grande pour le biberon.

On continuera à encourager la méthode kangourou auprès des parents pendant les gavages pour offrir au bébé des stimulations positives. Cette position favorise également la digestion et la tolérance du gavage.

Comme les fenêtres temporelles dédiées à cette étape sont courtes, il est important de laisser au bébé du temps pour explorer tout en respectant ses signes de stress émis dans le but de signifier qu'il est fatigué et désire se reposer. En ce sens, on se doit d'être en tout temps à l'écoute des comportements du bébé et d'appliquer les méthodes de retour au calme lorsque nécessaire.

### L'étape nutritive

Si l'état de santé du bébé est stable, qu'il a des périodes d'éveil de plus en plus longues, qu'il communique des signes de faim et qu'il est en mesure d'effectuer une SNN pour une courte période, il est temps de passer à l'étape nutritive, c'est-à-dire de démarrer les mises au sein ou les biberons. Lorsque l'objectif de la mère est d'allaiter, il faut s'assurer que les mises au sein sont bien établies avant l'introduction des premiers biberons si ceux-ci s'avèrent nécessaires. Lors de l'étape nutritive, le bébé apprendra à bien coordonner les actions de téter, d'avaler et de respirer. L'apprentissage des boires est un processus complexe pour le bébé prématuré. Il doit en effet réussir à communiquer ses signes de faim, à maintenir la stabilité de ses signes vitaux, à assurer un transfert de lait efficace, de même qu'à coordonner les actions de téter, d'avaler et de respirer, et ce, tout en demeurant éveillé pendant toute la durée du boire. La patience est de mise!

Voici les grands principes à mettre en œuvre afin d'accompagner le bébé dans ces nouveaux apprentissages (Martel et Milette, 2017) :

#### 1. Avant de commencer un boire, s'assurer que le bébé est bien éveillé et montre des signes de faim.

- Ceux-ci se manifesteront ainsi :
- Il s'éveille avant ses gavages ou se réveille par lui-même.
  - Il cherche à téter ses mains, la sucette d'amusement ou le sein.
  - Il bouge la tête comme s'il cherchait le sein, ouvre la bouche et cherche à lécher lors de la stimulation des points cardinaux.

Pendant l'apprentissage des boires, il est important de se montrer flexible et de saisir les occasions où le bébé démontre des signes de faim. Ces signes se manifestent avant l'heure prévue initialement pour la période d'alimentation. Il est également possible que le bébé soit endormi ou somnolent et qu'il soit nécessaire de stimuler l'état d'éveil, en le manipulant doucement ou en effectuant les soins de base (changement de couche, retrait du pyjama, etc.). *Procéder graduellement*. Il se peut que les boires soient complétés par des gavages, surtout au début de cette étape. Lorsqu'un biberon est bu partiellement, il est indiqué de compléter le volume restant par gavage

plutôt que de forcer le bébé à terminer son boire. Si le bébé est allaité, il faut reconnaître et objectiver ses déglutitions conjointement avec la mère, afin d'estimer le volume de lait bu par le bébé, et compléter l'alimentation par gavage au besoin. Tout au long du boire, on sera à l'écoute des signes de fatigue du bébé : s'endort-il pendant le boire? Montre-t-il des signes de stress? Observe-t-on des changements de sa respiration? Dans ces cas, il est préférable de faire une pause ou de cesser le boire et de le compléter par gavage.

#### 2. Respecter ses compétences en ne forçant rien.

Il arrive que des parents et des infirmières ressentent de la pression à l'idée de devoir donner une quantité déterminée de lait au biberon; pour certaines mères, quant à elles, le fait d'allaiter pendant une période de temps définie pour assurer une prise de poids adéquate peut représenter une source de stress. Il est essentiel de se rappeler que durant cette période d'apprentissage, le bébé forge des compétences relatives à l'alimentation qui l'accompagneront tout au long de sa vie. Il est donc important de mettre l'accent sur la qualité des compétences acquises et non sur la quantité de lait bue (**Encadré 2**). Le bébé doit gagner en maturité et apprendre doucement à mettre tous ses sens en action afin de vivre une expérience positive pendant les boires. Il est recommandé que tout le personnel soignant documente la progression des boires de façon uniforme en vue d'améliorer la communication entre les membres de l'équipe soignante et d'évaluer la progression du bébé. Il existe plusieurs outils disponibles à cet effet, notamment la **Grille d'observation des compétences orales du nouveau-né**, développée et utilisée au CHU Sainte-Justine.

#### 3. Observer.

On observera le bébé pendant les périodes d'alimentation afin de détecter les signes de stress et d'adaptation et déterminer si le boire doit être poursuivi ou cessé, ou s'il faut simplement faire une pause.

À cette étape, le bébé devra apprendre à bien coordonner les actions de téter, d'avaler et de respirer. Cet apprentissage se fera graduellement de pair avec la maturation du bébé. Il est normal pour un bébé prématuré d'avoir de la difficulté à bien se coordonner. On dit qu'il est « incoordonné ». Par exemple, il peut effectuer plusieurs suctions ou déglutitions de suite sans respirer. Il risque alors de perdre sa stabilité physiologique. L'objectif est qu'il tète, avale et respire régulièrement tout au long du boire. Afin de mieux se coordonner, le bébé aura besoin du soutien de l'infirmière ou de son parent. Pour ce faire, celle-ci pourra recourir au *spacing*, technique qui consiste à retirer la tétine ou le sein de la bouche du bébé pour lui permettre de respirer entre les suctions.

#### Comment faire le *spacing*?

- Au biberon : compter les suctions et les déglutitions du bébé et observer sa respiration. S'il effectue plus de deux ou trois suctions/déglutitions sans respirer, abaisser le biberon et incliner la tétine vers le haut (à l'intérieur de la joue) afin de la vider de son lait. Si le bébé continue de téter, retirer complètement la tétine de sa bouche pour lui permettre de respirer. Le bébé pourra alors reprendre sa respiration. Une fois qu'il a bien respiré, lui offrir le biberon de nouveau en stimulant le réflexe des points cardinaux et poursuivre le boire en répétant cette technique aussi souvent que nécessaire.

## Encadré 2

**NE PAS STIMULER LA SUCCION**

Il n'est jamais recommandé de tourner la tétine du biberon dans la bouche du bébé, de frotter son palais avec la tétine ou de simuler le retrait du mamelon ou du biberon de sa bouche pour déclencher la succion. Le bébé est peut-être simplement en train de faire une pause pour respirer. Il cherche peut-être aussi à dire qu'il est fatigué. Le bébé devrait amorcer lui-même la succion. Autrement, la succion stimulée par l'adulte durant le boire peut représenter une stimulation négative pour le bébé.

- Au sein : si le bébé fait deux ou trois succions/déglutitions sans respirer par lui-même, la mère peut effectuer le *pacing* en insérant son doigt entre son mamelon et le coin de la bouche du bébé pour briser la succion. Le bébé pourra alors reprendre sa respiration et la mère poursuivre le boire et répéter cette technique aussi souvent que nécessaire.

**Les parents sont des partenaires essentiels dans la transition à l'alimentation orale de leur bébé.**

**POSITION DU BÉBÉ POUR LE BOIRE AU BIBERON OU LA MISE AU SEIN**

Une évaluation individualisée est d'abord nécessaire afin de déterminer le biberon approprié pour le bébé. À cet égard, différents professionnels de la santé peuvent être concernés par l'évaluation des compétences orales du bébé (Encadré 3).

Une position adéquate pour le boire et la mise au sein doit aussi être adoptée. Au biberon, la position recommandée pour favoriser

l'apprentissage des boires est la position latérale avec la tête légèrement surélevée (photo p. 34). Cette position ressemble à celle de la madone inversée utilisée pour l'allaitement. Elle favorise un meilleur regroupement en position fléchi et une meilleure stabilité physiologique pendant le boire, tout en facilitant l'apprentissage du boire (Clark, Kennedy, Pring et Hird, 2007; Park, Knafl, Thoyre et Brandon, 2015). Il sera plus facile pour le bébé d'apprendre à coordonner les actions de téter, d'avalier et de respirer dans cette position qui respecte son rythme de succion. Puisque le biberon est placé à l'horizontale, le lait s'écoule dans sa bouche seulement lorsqu'il tète. Certains professionnels préfèrent tenir le biberon avec leur main dominante et soutenir le bébé avec leur main non dominante.

La position traditionnelle, qui consiste à appuyer la tête du bébé dans le creux du coude et à soutenir sa tête et son dos avec la main (les fesses déposées sur les genoux) et à incliner le biberon, ne convient pas au bébé prématuré. Comme le biberon est incliné, le lait s'écoule rapidement et le bébé a moins de contrôle sur le débit. Les bébés nés à terme et en santé tolèrent bien cette position, car ils sont capables de coordonner leurs mouvements. Dans la position latérale, comme le biberon est à l'horizontale et que le

**PRÊT  
POUR TON  
NOUVEAU DÉFI?**



**MON+ VOUS OFFRE**

- Grande diversité de mandats auprès des Premières Nations, Inuits et centres hospitaliers
- Flexibilité d'horaire selon vos disponibilités
- Formation en rôle élargi pour les régions éloignées
- Rémunération très avantageuse
- Structure de formation continue
- Programme de remboursement des frais de formation

**MON+ RECHERCHE**

- Initiative
- Autonomie
- Capacité d'adaptation
- 2-3 ans d'expérience en centre hospitalier (urgence, soins intensifs, obstétrique, médecine-chirurgie et autres)
- DEC en soins infirmiers ou BAC en sciences infirmières
- Membre de l'OIIQ

T 877 333-7439

mon@multioptionsnursing.com

www.multioptionsnursing.com





© CHU Sainte-Justine

**L'alimentation selon les compétences du bébé devrait être encouragée, au détriment d'une alimentation qui favorise le volume ingéré.**

**Encadré 3  
D'AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ  
IMPLIQUÉS DANS L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES  
ORALES DU BÉBÉ**

Dans une UNN, l'ergothérapeute tient un rôle clé en matière de soutien de la progression des compétences orales du nouveau-né prématuré. Il évalue les patients ayant des difficultés liées à l'alimentation et intervient auprès d'eux, en collaboration interdisciplinaire avec l'équipe soignante et la famille. De façon plus globale, l'ergothérapeute a aussi un rôle de formation et de soutien auprès de l'équipe soignante de sorte que l'ensemble des soins offerts aux bébés puissent être adaptés et individualisés aux besoins spécifiques de celui-ci, sur les plans tant de l'alimentation, du développement neuromoteur, du positionnement que de la régulation sensorielle.

Le rôle d'une infirmière certifiée IBCLC (consultante en lactation) en néonatalogie consiste à accompagner les familles durant tout leur séjour à l'unité afin de les aider à atteindre leur objectif d'allaitement. Dès la naissance du bébé, la consultante en lactation guide la mère dans le démarrage de sa production de lait et l'utilisation du tire-lait. Elle assure un suivi dans l'apprentissage des mises au sein et du plan d'alimentation en collaboration interdisciplinaire. Elle est consultée à titre d'experte clinique dans le domaine de la lactation auprès du personnel et de la clientèle.

bébé est couché sur le côté, le lait s'accumule dans la joue plutôt qu'à l'arrière de la gorge s'il n'avale pas complètement sa gorgée. Le risque d'étouffement ou de désaturation est alors diminué et l'apprentissage de la coordination est facilité.

**CONCLUSION**

L'apprentissage de l'alimentation est toute une aventure pour le bébé prématuré et ses parents. Les infirmières œuvrant en néonatalogie occupent une position privilégiée pour faire de l'alimentation une expérience positive, et ce, dès le premier jour d'hospitalisation. Ainsi, chaque infirmière doit être consciente du rôle important qu'elle joue dans l'apprentissage de l'alimentation des bébés prématurés, qui forment leurs connexions nerveuses et font des associations liées aux périodes d'alimentation. Les infirmières remplissent le rôle d'accompagnants des parents afin de les aider à déployer leurs compétences parentales dans ce domaine. Devant ces constats, les infirmières peuvent hors de tout doute aider la dyade parents-bébé prématuré à vivre des expériences orales positives. ●



**NDLR : Cet article est le dernier d'une série de huit portant sur les meilleures pratiques en périnatalité appuyées par des données probantes. Il s'agit d'une idée originale de l'infirmière Marie-Josée Martel. Cette série a abordé différentes thématiques en ce qui concerne les soins aux nouveau-nés admis en UNN, soins très souvent applicables aux bébés nés à terme et en bonne santé. On peut consulter tous les articles de cette série sur oiiq.org.**

**LES AUTEURES**

**AUDREY CHARPENTIER DEMERS**  
B. Sc.

Ergothérapeute et leader clinique en soins du développement au CHU Sainte-Justine.

**MÉLISSA SAVARIA**  
Inf., IBCLC

Infirmière et consultante en lactation (IBCLC) au CHU Sainte-Justine.

**ISABELLE MILETTE**  
IPSNN

Infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie et experte en soins du développement. Membre clinicienne du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ).

**MARIE-JOSÉE MARTEL**  
Inf., Ph. D.

Professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Chercheuse régulière au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille de l'UQTR. Chercheuse associée au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine. Membre chercheuse du RRISIQ.

**RÉFÉRENCES**

Barlow, S. M. (2009). «Oral and respiratory control for preterm feeding». *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 17(3), 179-186.

Bizier, N., St-Pierre, E., Milette, I. et Martel, M.-J. (2017). «Mieux comprendre les comportements du nouveau-né». *Perspective infirmière*, 14(4), 42-45.

Bruwier, S., Pâques, V., Poot, I., Hesbois, F., François, A., Maton, P. et Langhendries, J.-P. (2014). «Stimulation de l'oralité». Dans J. Sizun, B. Guillois, C. Casper, G. Thiriez et P. Kuhn (dir.), *Soins de développement en période néonatale – De la recherche à la pratique* (p. 129-137). Paris: Springer-Verlag.

Clark, L., Kennedy, G., Pring, T. et Hird, M. (2007). «Improving bottle feeding in preterm infants: Investigating the elevated side-lying position». *Infant*, 3(4), 154-158.

Delaney, A. L. et Arvedson, J. C. (2008). «Development of swallowing and feeding: Prenatal through first year of life». *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(2), 105-117.

Foster, J. P., Psaila, K. et Patterson, T. (2016). «Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(CD01071). Repéré à doi: 10.1002/14651858.CD01071.pub3

Martel, M.-J. et Milette, I. (2017). «Être parent à l'unité néonatale: Tisser des liens pour la vie». Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.

Nyqvist, K. H., Haggkvist, A. P., Hansen, M. N., Kylberg, E., Frandsen, A. L., Maastrup, R., ... Haiek, L. N. (2013). «Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: Expert group recommendations». *Journal of Human Lactation*, 29(3), 300-309.

Park, J., Knaf, G., Thoyre, S. et Brandon, D. (2015). «Factors associated with feeding progression in extremely preterm infants». *Nursing Research*, 64(3), 159-167.

Pickler, R. H., Reyna, B. A., Wetzell, P. A. et Lewis, M. (2015). «Effect of four approaches to oral feeding progression on clinical outcomes in preterm infants». *Nursing Research and Practice*, (716828). Repéré à <http://dx.doi.org/10.1155/2015/716828>

Ponti, M. (2003). «Les recommandations sur l'usage des sucettes». *Paediatrics Child Health*, 8(8), 523-528. Repéré à <https://www.cps.ca/fr/documents/position/sucettes>

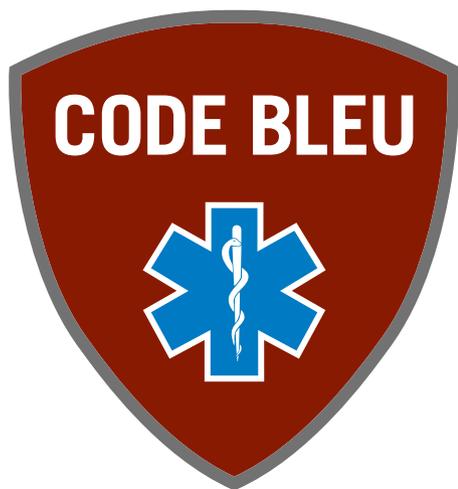
Savaria, M., Larone Juneau, A., De Lachevrotière, S. et Martel, M.-J. (2017). «La méthode kangourou, ou le peau-à-peau». *Perspective infirmière*, 14(5), 46-48.

Shaker, C. S. (2013). «Cue-based feeding in the NICU: Using the infant's communication as a guide». *Neonatal Network*, 32(6), 404-408.

Swant, L. et Fairchild, R. (2014). «Placing the bottle or breast in their premature hands: A review of cue-based feeding research». *Journal of Neonatal Nursing*, 20(3), 122-128.

# RECRUTEMENT INFIRMIÈRES

partout au Québec



PLACEMENT EN SANTÉ

Faites partie  
d'une tradition  
d'excellence.

**Obtenez une prime si vous  
changez d'agence ou si  
vous référez du personnel.\***

cv@codebleu.ca  
1-877-343-BLEU  
Télécopieur : 1-866-532-8281

\*Certaines conditions s'appliquent.

**CODEBLEU.CA**





# Processus de surveillance clinique en soins critiques

## Être vigilante dans un contexte d'instabilité

La surveillance clinique fait partie du langage courant des infirmières depuis plusieurs décennies. Elle est généralement décrite comme un élément incontournable pour détecter l'apparition de problèmes et contribuer à la sécurité du patient (Dougherty, 1999; Doyon et Spycher, 2017; Kelly, 2009). Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier, constitue d'ailleurs une activité réservée de l'infirmière. Cet article résume les principaux résultats d'une étude qualitative menée en sciences infirmières ayant pour but de comprendre le processus de surveillance clinique chez des infirmières expertes dans un contexte de soins critiques.

par DANIEL MILHOMME, inf., Ph. D., JOHANNE GAGNON, inf., Ph. D. et KATHLEEN LECHASSEUR, inf., Ph. D.

« **La surveillance clinique est le dernier filet de sécurité du patient.** »

Certains milieux, comme celui des soins critiques, accueillent des patients instables où le risque d'apparition de problèmes est plus élevé. L'infirmière qui assure la surveillance clinique en soins critiques doit donc faire face à des patients à risque élevé de présenter des problèmes suffisamment graves, qui prennent parfois la forme de complications (Milhomme, 2016; Milhomme, Gagnon et Lechasseur, 2018). La surveillance clinique exercée par les infirmières s'avère un élément incontournable pour reconnaître les modifications de l'état clinique afin d'intervenir dans un délai approprié. En ce sens, la surveillance clinique est reconnue comme le dernier filet de sécurité du patient (Doyon et Spycher, 2017).

Dougherty (1999) a défini la surveillance comme un processus comportemental et cognitif de collecte systématique d'information, utilisé pour émettre un jugement sur la situation de santé d'un patient.

Dans la littérature, la surveillance clinique est largement définie comme une intervention, une activité ou un processus sans toutefois préciser la façon dont elle se déploie (Milhomme, 2016). Dans l'ensemble, les écrits qui portent sur la surveillance clinique convergent vers son importance ou vers les conséquences liées à un manque de surveillance. Quelques auteurs ont cependant dirigé leur réflexion vers le concept de surveillance (Kutney-Lee, Lake et Aiken, 2009; Shever, 2011) ou l'ont analysé (Dresser, 2012, Kelly et Vincent, 2010) en vue de mieux le circonscrire (Milhomme, 2016; Milhomme et al., 2018).

Malgré ces études, il s'avère toujours difficile de mettre en lumière comment l'infirmière assure une surveillance clinique lorsqu'elle prend en charge un patient instable ou à risque élevé de complications.

Afin de comprendre le déploiement du processus de surveillance clinique en soins critiques, ce sont principalement les études en lien avec la collecte des données, le raisonnement clinique et la prise de décision qui s'avèrent éclairants. Des auteurs comme Hedberg et Sätterlund Larsson (2003), McKnight (2006) ainsi qu'Edwards et Donner (2007) décrivent les sources et les modes d'information utilisés par l'infirmière lors de la collecte des données. D'autres se sont plutôt intéressés aux caractéristiques du patient qui présente un problème (Cioffi, 2000b; Cioffi et al., 2009, 2010; Gerber et al., 2015; Minick et Harvey, 2003). Quelques chercheurs ont également mis l'accent sur les stratégies de raisonnement de l'infirmière lorsqu'elle détecte un problème ou prend ses décisions (Aitken, 2003; Cioffi, 2000a, 2001; Fonteyn et Grobe, 1992; Ramezani-Badr et al., 2009; Redden et Wotton, 2001; Simmons et al., 2003; Milhomme et al., 2018). La grande majorité de ces recherches porte sur des infirmières d'expérience ou des infirmières expertes définies selon les critères de Benner (1984).

## Encadré 1

**ÉTUDE QUALITATIVE DU PROCESSUS DE SURVEILLANCE CLINIQUE DES INFIRMIÈRES EXPERTES DE SOINS CRITIQUES****BUT**

Élaborer une explication théorique du processus de surveillance clinique par des infirmières expertes dans un contexte de soins critiques afin de mieux comprendre comment il se déploie.

**ANCRAGE THÉORIQUE**

Le modèle des systèmes de Neuman (2011) a été utilisé. Ce modèle dégage les éléments importants quant aux soins et à la santé de la personne hospitalisée dans un environnement de soins critiques.

**MÉTHODE**

L'approche par théorisation ancrée de Strauss et Corbin (1998) a servi à élaborer la théorie émergente du processus de surveillance clinique avec la participation de quinze infirmières expertes (n = 15) de soins critiques. Cette approche vise à décrire et à comprendre un phénomène dans un contexte particulier afin de générer une théorie. Trois rencontres ont été réalisées auprès de ces infirmières, dont deux étaient sous forme d'entrevues semi-dirigées, et une portait sur l'analyse de deux vignettes représentant des histoires de cas de patients aux soins intensifs. Quatre périodes d'observation participante dans les unités de soins intensifs ont aussi été réalisées. L'analyse des données a été faite selon les trois étapes recommandées par Strauss et Corbin (1998), soit le codage ouvert, le codage axial et le codage sélectif. Les données collectées en lien avec les vignettes ont été analysées selon la méthode de la pensée à voix haute (*think aloud method*) de Fonteyn, Kuipers et Grobe (1993).

En sciences infirmières, la contribution de l'expérience ou de l'expertise de l'infirmière dans son raisonnement clinique ou sa prise de décision lorsqu'elle détecte un problème est cruciale (Milhomme, 2016; Milhomme et al., 2018).

En dépit du fait que les études, principalement exploratoires et descriptives, sur la collecte des données, le raisonnement clinique et la prise de décision de l'infirmière apportent certaines réponses au déploiement de la surveillance clinique, il n'en demeure pas moins qu'elles ne permettent pas d'explicitier ce processus en contexte de soins critiques. Ce constat a suscité une réflexion suffisamment importante pour devenir l'objet d'une étude doctorale, dont le but, l'ancrage théorique et la méthode utilisée sont présentés dans l'**Encadré 1**.

**ÊTRE VIGILANTE DANS UN CONTEXTE D'INSTABILITÉ**

Les résultats de l'étude montrent que la surveillance clinique par des infirmières expertes en soins critiques est un processus de vigilance collective qui prend naissance à partir d'actions mentales et comportementales portant sur la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, et qui vise à détecter précocement un problème chez un patient instable afin de prendre une décision qui aura pour effet de réduire le risque de complications (Milhomme, 2016; Milhomme et al., 2018). Dans le cadre de cette étude, 13 actions mentales et comportementales ont été identifiées lors du codage ouvert (**Tableau 1**). Ces actions se déploient selon cinq

éléments clés du processus de surveillance clinique identifiés lors du codage axial, soit 1) Gérer le risque de complications; 2) Collecter des données; 3) Détecter un problème; 4) Prendre une décision; et 5) Travailler en synergie. Enfin, le codage sélectif a permis de comprendre que la vigilance de l'infirmière est centrale et lie l'ensemble de ces cinq éléments (**Figure 1**).

**GÉRER LE RISQUE DE COMPLICATIONS**

Le risque de complications se définit comme la possibilité d'un danger potentiel plus ou moins prévisible lié à l'apparition d'une condition inexistante à l'admission et qui amène une régression, voire une détérioration, de l'état de santé. L'infirmière qui gère le risque de complications reconnaît un patient à risque, détecte un danger potentiel et réduit le risque de complications (**Figure 1**).

**Reconnaître un patient à risque** : c'est penser qu'il est susceptible de présenter un danger potentiel. Pour y parvenir, l'infirmière réfère à son expertise. Lorsqu'elle s'appuie sur ses connaissances, ce sont notamment celles en lien avec la physiopathologie qui semblent prédominer. Du point de vue des expériences, ce sont surtout celles en lien avec des situations similaires qui aident l'infirmière à anticiper les événements. D'ailleurs, les situations à connotation négative où des complications sont survenues amènent un sentiment de crainte qui incite l'infirmière à accentuer sa vigilance dans des situations similaires. La reconnaissance du patient à risque s'amorce dès le début de la collecte des données.

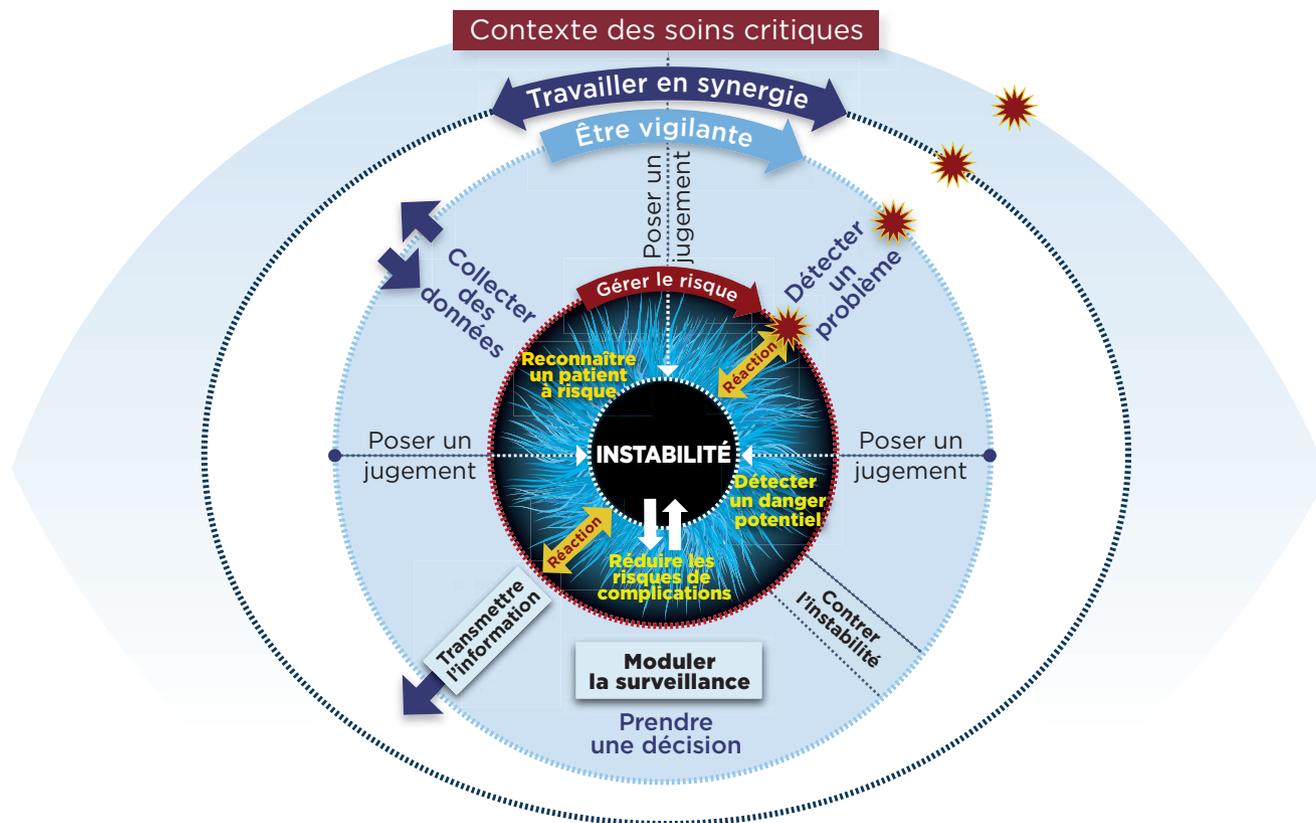
Tableau 1

**PRINCIPALES ACTIONS COMPORTEMENTALES ET MENTALES LIÉES AU PROCESSUS DE SURVEILLANCE CLINIQUE**

<b>ACTIONS COMPORTEMENTALES</b>	<b>ACTIONS MENTALES</b>
Échange d'information au rapport interservices	Anticipation des événements
Consultation documentaire	Regroupement des données
Observation	Comparaison des données
Formulation de questions	Formulation d'un jugement clinique
Obtention spontanée de données par l'entremise d'autres personnes	
Actions liées à la vérification et au réglage de l'appareillage	
Actions liées à la mise en place de mesures de précaution	
Transmission et non-transmission des données	
Consignation des données	

Sources : Milhomme, 2016; Milhomme et al., 2018.

Figure 1  
ÊTRE VIGILANTE DANS UN CONTEXTE D'INSTABILITÉ



Sources : Milhomme, 2016; Milhomme et al., 2018.

**Détecter un danger potentiel** : c'est notamment par l'observation, l'ouïe, le toucher et l'odorat que l'infirmière vigilante collecte les données et qu'elle est susceptible d'être stimulée par ces mêmes données. Le degré de sensibilité de l'infirmière joue un rôle considérable dans la détection et la discrimination d'un danger potentiel, et s'avère un élément essentiel du processus de surveillance clinique. Lorsqu'elle est sensible aux variations si minimes soient-elles, et qu'elle est à l'écoute des données, l'infirmière est notamment en mesure de détecter précocement un changement « subtil et significatif » dans le temps. Elle est également en mesure de tirer des conclusions en lien avec ce même changement.

**Réduire le risque de complications** : l'infirmière qui réduit le risque de complications établit les priorités, module sa vigilance et évalue la réaction du patient. L'établissement des priorités se fait à partir des données qu'elle collecte auprès d'un patient, mais aussi à partir de celles obtenues par l'entremise d'autres personnes telles que la famille de ce dernier ou les collègues. Par ailleurs, lorsque l'infirmière module sa vigilance, elle tend à accentuer le contact visuel avec le patient en modifiant son environnement de travail. La surveillance, voire la vigilance de l'infirmière, l'amène à observer la réaction du patient et à le questionner afin de porter un jugement clinique sur sa condition.

### COLLECTER DES DONNÉES

La collecte des données se décline en trois parties : l'organisation des données, l'observation du patient dans le temps et la formulation de questions.

**Organiser la collecte des données** : dans le but d'organiser la collecte des données, l'infirmière détermine le profil du patient en collectant de l'information au rapport interservices et en s'assurant de la concordance de cette information avec celle inscrite au dossier médical. De là, elle formalise une image du patient qu'elle prendra soin de valider lorsqu'elle entrera en contact avec le patient. Après avoir planifié la surveillance qu'elle aura à exercer, l'infirmière est ensuite prête à établir le contact initial avec le patient.

**Observer le patient dans le temps** : l'infirmière établit le contact initial avec le patient et valide l'image qu'elle s'est faite précédemment. Elle détermine également de nouveaux repères en procédant à l'examen physique. L'étude actuelle a montré que l'évaluation de la condition mentale du patient est peu réalisée en soins critiques. Lors du contact initial, l'infirmière s'assure que le contact est sécuritaire en vérifiant les instruments qui sont utiles à la surveillance. Étant donné que le contact visuel ne peut être maintenu en permanence, l'infirmière a recours à la technologie pour veiller à une absence d'interruption (observation instrumentée).

« *La contribution de l'expérience ou de l'expertise de l'infirmière dans son raisonnement clinique ou sa prise de décision lorsqu'elle détecte un problème est cruciale.* »

En plus de l'observation initiale, de l'observation continue et de l'observation instrumentée, l'étude montre que l'infirmière a recours à l'observation perceptuelle (observation d'indices fins qui rappelle l'intuition) et à l'observation des autres patients dans l'environnement.

**Questionner pour identifier un problème :** l'infirmière adresse des questions aux personnes qui l'entourent pour chercher des données contribuant à l'identification de problèmes éventuels ou valider ses interprétations. Cette action l'aide à enrichir les données qu'elle collecte.

### DÉTECTER UN PROBLÈME

La détection d'un problème s'appuie sur la sensibilité de l'infirmière à une alerte et sur l'analyse et l'interprétation qu'elle fait des données.

**Être sensible à une alerte :** l'infirmière experte en soins critiques est sensible aux alertes. Elle reconnaît les modifications fines dans la condition de santé du patient et peut les considérer comme un danger imminent. En faisant preuve de vigilance, l'infirmière réagit à l'alerte et cherche la cause de son apparition en exerçant son raisonnement clinique.

**Analyser et interpréter les données :** les résultats de l'étude montrent que l'infirmière regroupe des données physiologiques qui présentent des liens ou des relations ainsi que des données liées à l'histoire de santé. Elle compare aussi les données du patient dans le temps ou avec des normalités théoriques. La comparaison de situations similaires aide l'infirmière experte à détecter un problème potentiel. De là, elle formule des hypothèses qu'elle cherche à éliminer au fur et à mesure de l'analyse des données.

### PRENDRE UNE DÉCISION

Dans le cadre du processus de surveillance clinique en contexte de soins critiques, trois types de décisions ont émergé de l'analyse des données de l'étude : décider de contrer l'instabilité; moduler la surveillance; ou transmettre l'information (**Figure 1**).

**Contre l'instabilité :** c'est l'urgence de la situation qui guide l'infirmière à prendre la décision de contrer l'instabilité. Certaines données impliquent systématiquement une intervention de la part de l'infirmière, indépendamment des autres données collectées. La décision de contrer l'instabilité (p. ex., procéder à la défibrillation du patient) s'appuie donc sur les priorités établies par l'infirmière. Dès qu'une intervention a été réalisée, l'infirmière évalue la réaction du patient.

**Moduler la surveillance :** c'est l'adapter à la situation. Il est clair qu'il y a une surveillance clinique générale à l'intention de tous les patients de soins intensifs. En revanche, l'instabilité de la condition du patient amène l'infirmière à orienter la surveillance en fonction du problème initial, par exemple le diagnostic ou un nouveau problème détecté. Dans sa décision de moduler la surveillance, l'infirmière peut modifier la fréquence à laquelle elle collecte et consigne les données.

**Transmettre l'information :** la décision de transmettre l'information peut être guidée par une ordonnance médicale, mais, en son absence, cette décision s'appuie sur le risque pour le patient. C'est donc en utilisant son raisonnement clinique que l'infirmière décide de transmettre ou non l'information. Pour aviser notamment le médecin, l'infirmière doit avoir reconnu un changement qu'elle juge significatif. Lorsqu'elle décide de ne pas transmettre les données, l'infirmière s'appuie généralement sur le fait que le patient ne présente pas de symptômes. Rappelons que les

## Une approche clinique

Ramener la sécurité au cœur de la discussion sur la gestion des déchets biomédicaux.



Chez Daniels, notre vision est la redéfinition des pratiques concernant les déchets biomédicaux pour une meilleure protection du personnel médical et des patients. Avec un système de contenants intelligents, conçus pour dicter la tendance mondiale et une réduction des blessures par aiguilles de 87%\*, Daniels a révolutionné la gestion des déchets biomédicaux en minimisant le risque d'infection dans un environnement clinique plus sécuritaire. Avec 30 ans d'expérience et un personnel hautement qualifié, nous sommes confiants que notre approche clinique concernant la gestion de déchets biomédicaux vous fera changer d'avis.



\*Journal of hospital Infection Volume 54, numéro 3, Juillet 2003 Pages 232-238



« *L'infirmière gère le risque de complications lorsqu'elle passe de la surveillance à la vigilance.* »

symptômes que présente le patient aident l'infirmière à statuer sur le niveau de risque. Dans le cas où elle ne transmet pas une donnée qu'elle a analysée et interprétée, l'infirmière est généralement plus attentive envers cette donnée, d'où l'idée qu'elle accentue la surveillance, voire la vigilance, à l'égard de cette même donnée.

### TRAVAILLER EN SYNERGIE

Travailler en synergie, c'est avoir des actions coordonnées pour parvenir à un effet précis (Figure 1). Dans le cadre de la surveillance clinique, l'infirmière mise sur les personnes qui l'entourent pour détecter l'apparition d'un danger potentiel.

**Miser sur la vigilance du patient :** l'infirmière experte de soins critiques prend soin d'informer le patient sur le rôle qu'il joue dans sa propre surveillance. En fait, miser sur la vigilance du patient, c'est miser sur sa sensibilité et sur sa capacité à se surveiller attentivement et sans défaillance. Évidemment, cette surveillance est davantage liée aux sensations que le patient éprouve. Afin qu'il puisse alerter l'infirmière, le patient est pourvu d'un moyen de communication, par exemple la cloche d'appel.

**Détecter une anomalie ensemble :** l'échange d'information entre les personnes qui gravitent autour de l'infirmière s'avère

d'une importance capitale dans le déploiement du processus de surveillance clinique. En général, l'échange entre l'infirmière, le patient et sa famille, les collègues de travail et les autres professionnels sert à enrichir la collecte des données. De là, l'infirmière peut être alertée d'une donnée susceptible d'être considérée comme anormale. En revanche, l'infirmière peut détecter elle-même une donnée anormale et demander à une collègue de valider son interprétation avant d'être guidée dans ses actions.

**Être guidée dans ses actions :** l'infirmière qui est guidée dans ses actions peut l'être en raison d'une ordonnance médicale ou de l'obtention d'une piste de réflexion par le patient ou sa famille, les collègues de travail ou les autres professionnels. C'est notamment à partir de ces deux éléments que l'infirmière peut décider de renforcer la surveillance, voire sa vigilance, à l'égard du patient.

### VIGILANCE : ESSENCE DES SOINS INFIRMIERS

L'infirmière qui fait preuve de vigilance dans chacune de ses actions gère le risque de complications (Milhomme, 2016; Milhomme et al., 2018). Dans la documentation scientifique, la vigilance est souvent associée de près à la surveillance clinique. Elle est considérée comme un élément essentiel à la pratique infirmière, notamment dans les environnements de soins critiques où le risque de complications est omniprésent. La vigilance est requise pour anticiper les complications et y répondre, suivre les changements dans la condition du patient et gérer les situations imprévisibles pouvant survenir (Blitz, Goettsche et Benner, 2010; Meyer et Lavin, 2005).

Pour Meyer et Lavin (2005) ainsi que pour Meyer, Lavin et Perry (2007), reconnaître et contrôler les risques fait partie intégrante de la pratique infirmière, et c'est par la vigilance que l'infirmière y parvient. La vigilance se distingue de la surveillance puisqu'elle réfère spécifiquement au processus mental qui guide les actions.

En fait, Meyer et al. (2007) soutiennent que la vigilance réfère à l'essence des soins infirmiers. Pour ces auteures, la vigilance n'est pas une action concrète, mais bel et bien un processus mental. Elle fournit la toile de fond aux actions qui sont réalisées par l'infirmière. La vigilance est en quelque sorte l'art de « guetter », l'attention soutenue et la sensibilité constante aux données, aux indices ou aux signaux présents lors de l'interaction avec le patient (Meyer et al., 2007). Ainsi, c'est en raison de sa vigilance que l'infirmière attribue une signification aux données collectées, et que ces mêmes données se voient liées entre elles de sorte qu'elle arrive à la détection précoce des problèmes de santé. D'ailleurs, dans la documentation scientifique, le manque de vigilance est souvent invisible, et c'est peut-être la raison qui mène à des événements indésirables ou à des complications (Meyer et al., 2007).

### CONCLUSION

L'originalité de cette étude vient du fait que, pour la première fois, l'explication théorique qui a émergé rend concrètes les différentes définitions de la surveillance clinique répertoriées dans la littérature. Cette étude met également en évidence un lien direct entre la vigilance de l'infirmière, la surveillance clinique dont elle fait preuve auprès d'un patient et la diminution du risque de complications (Milhomme, 2016; Milhomme et al., 2018). Puisque c'est dans une perspective d'avancement de la discipline infirmière que cette étude a été menée, cette explication théorique du processus de surveillance clinique des infirmières expertes dans un contexte de soins critiques offre des ancrages importants pour guider de futures recherches en lien avec la surveillance clinique. ●

LE CISSS DES LAURENTIDES  
complice de votre santé



Recherchons

pour l'ensemble des villes desservies  
par le CISSS des Laurentides

- Externe en soins infirmiers
- Candidat(e) à l'exercice de la profession d'infirmier(ère)
- Infirmier(ère)
- Infirmier(ère) clinicien(ne)
- Candidat(e) infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e)
- Infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e)

PLUS DE 80 INSTALLATIONS  
EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
des Laurentides

Québec



## LES AUTEURS

DANIEL MILHOMME  
Inf., Ph. D.

Directeur du Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), campus de Lévis, et professeur en soins critiques. Il est détenteur d'un doctorat en sciences infirmières de l'Université Laval.

JOHANNE GAGNON  
Inf., Ph. D.

Professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Elle est détentrice d'un doctorat en sciences infirmières de l'Université de Montréal.

KATHLEEN LECHASSEUR  
Inf., Ph. D.

Professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Elle est détentrice d'un doctorat sur mesure en sciences infirmières et en sciences de l'éducation de l'Université Laval.

## RÉFÉRENCES

- Aitken, L. (2003). «Critical care nurses' use of decision-making strategies». *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 476-483.
- Benner, P. (1984). «From novice to expert—Excellence and power in clinical nursing practice». Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Blitz, K., Goettsche, V. et Benner, P. (2010). «Practice breakdown: Attentiveness/surveillance». Dans P. Benner, K. Malloch et V. Sheets (dir.), *Nursing pathways for patient safety* (p. 58-75). St-Louis, MO: National Council of State Boards of Nursing.
- Cioffi, J. (2000a). «Nurses' experiences of making decisions to call emergency assistance to their patients». *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 108-114.
- Cioffi, J. (2000b). «Recognition of patients who require emergency assistance: A descriptive study». *Heart & Lung*, 29(4), 262-268.
- Cioffi, J. (2001). «A study of the use of past experiences in clinical decision making in emergency situations». *International Journal of Nursing Studies*, 38(5), 591-600.
- Cioffi, J., Conway, R., Everist, L., Scott, J. et Senior, J. (2009). «Patients of concern' to nurses in acute care settings: A descriptive». *Australian Critical Care*, 22(4), 178-186.
- Cioffi, J., Conway, R., Everist, L., Scott, J. et Senior, J. (2010). «Changes of concern' for detecting potential early clinical deterioration: A validation study». *Australian Critical Care*, 23(4), 188-196.
- Dougherty, C. M. (1999). «Surveillance». Dans G. M. Bulechek et J. C. McCloskey, *Nursing Interventions—Effective Nursing Treatments* (p. 524-532). Philadelphie: WB Saunders.
- Doyon, O. et Psypher, L. (2017). *La surveillance infirmière – Dernier filet de sécurité du patient*. Paris : Lamarre.
- Dresser, S. (2012). «The role of nursing surveillance in keeping patients safe». *Journal of Nursing Administration*, 42(7/8), 361-368.
- Edwards, M. et Donner, G. (2007). «The efforts of critical care nurses to pass along knowledge about patients». *Canadian Journal of Nursing Research*, 39(1), 138-154.
- Fonteyn, M. E. et Grobe, S. J. (8-11 nov. 1992). «Expert nurses' clinical reasoning under uncertainty: Representation, structure, and process». Présentation au 16th Annual Symposium on Computer Application in Medical Care, Baltimore.
- Fonteyn, M. E., Kuipers, B. et Grobe, S. J. (1993). «A description of think aloud method and protocol analysis». *Qualitative Health Research*, 3(4), 430-441.
- Gerber, A., Thevoz, A.-L. et Ramelet, A.-S. (2015). «Expert clinical reasoning and pain assessment in mechanically ventilated patients: A descriptive study». *Australian Critical Care*, 28(1), 2-8.
- Hedberg, B. et Sätterlund Larsson, U. (2003). «Observations, confirmations and strategies—Useful tools in decision-making process for nurses in practice?». *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 215-222.
- Kelly, L. A. (2009). «Nursing surveillance in the acute care setting: Latent variable development and analysis» (Thèse de doctorat). Université d'Arizona. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010634685&lang=fr&site=ehost-live>
- Kelly, L. et Vincent, D. (2010). «The dimensions of nursing surveillance: A concept analysis». *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 652-661. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05525.x>
- Kutney-Lee, A., Lake, E. T. et Aiken, L. H. (2009). «Development of the hospital nurse surveillance capacity profile». *Research in Nursing and Health*, 32(2), 217-228. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20316>
- McKnight, M. (2006). «The information seeking of on-duty critical care nurses: Evidence from participant observation and in-context interviews». *Journal of the Medical Library Association*, 94(2), 145-151.
- Meyer, G. et Lavin, M. A. (2005). «Vigilance: The essence of nursing». *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 1-10.
- Meyer, G., Lavin, M. A. et Perry, A. (2007). «Is it time for a new category of nursing diagnosis?». *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18(2), 45-50.
- Milhomme, D. (2016). «Processus de surveillance clinique par des infirmières expertes en contexte de soins critiques: une explication théorique» (Thèse de doctorat). Québec: Université Laval.
- Milhomme, D., Gagnon, J. et Lechasseur, K. (2018). «The clinical surveillance process as carried out by expert nurses in a critical care context: A theoretical explanation». *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 24-30. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.07.010>
- Minick, P. et Harvey, S. (2003). «The early recognition of patient problems among medical-surgical nurses». *MEDSURG Nursing*, 12(5), 291-297.
- Neuman, B. M. (2011). «The Neuman system model». Dans B. M. Neuman et J. Fawcett (dir.), *The Neuman system model* (5e éd.) (p. 3-33). Boston: Pearson.
- Ramezani-Badr, F., Nasrabadi, A. N., Yekta, Z. P. et Taleghani, F. (2009). «Strategies and criteria for clinical decision making in critical care nurses: A qualitative study». *Journal of Nursing Scholarship*, 41(4), 351-358.
- Redden, M. et Wotton, K. (2001). «Clinical decision making by nurses when faced with third-space fluid shift: How well do they fare?». *Gastroenterology Nursing*, 24(4), 182-191.
- Shever, L. (2011). «The impact of nursing surveillance on failure to rescue». *Research and Theory for Nursing Practice*, 25(2), 107-126. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1891/1541-6577.25.2.107>
- Simmons, B., Lanuza, D., Fonteyn, M., Hicks, F. et Holm, K. (2003). «Clinical reasoning in experienced nurses». *Western Journal of Nursing Research*, 25(6), 701-719.
- Strauss, A. et Corbin, J. (1998). «Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory» (2e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

# SURPIED

TOUT POUR LE SOIN DU PIED

## Formation en soins des pieds

Cours donnés par des infirmières qui pratiquent en soins des pieds.

### Formation pour débutants

- 160 heures de cours, 7 heures par jour.
- Choix d'horaires variés.
- Enseignement en groupe restreint de 12 à 15 personnes permet un meilleur suivi.
- Clientèle fournie pour périodes de pratique supervisée.

### Formations avancées en soins des pieds

- Cours de perfectionnement: traitements spécifiques et utilisation d'instruments spécialisés.

#### Prochains cours :

**INTENSIF**  
28 janvier 2019

**HYBRIDE**  
6 mars 2019

**HEBDOMADAIRE**  
8 janvier 2019



**ÉTUDIANTS, procurez-vous votre trousse de départ chez SURPIED et nous payons les taxes\* pour vous !**

\* Vous devez présenter une preuve de votre statut d'étudiant au sein d'un établissement reconnu. Offre limitée.



SURPIED est un membre institutionnel de la SOFEDUC. Par cette accréditation, les formations de SURPIED donnent droit à des Unités d'Éducation Continue (UEC)



**WWW.SURPIED.COM**

**INFORMATIONS : 514.990.8688  
SANS FRAIS : 1.888.224.4197**



## PSYCHIATRIE LÉGALE (3<sup>e</sup> PARTIE)

# La non-responsabilité criminelle

Au Canada, le *Code criminel* a longtemps permis d'enfermer en détention stricte les personnes déclarées « non coupables pour cause d'aliénation mentale » ou « inaptes à subir leur procès » (La Charité, 2012). Toutefois, les choses ont évolué et, au début des années 1990, le législateur a élaboré des règles suivant le principe que les contrevenants atteints de troubles mentaux, plutôt que d'être punis, doivent être aidés et, dans certains cas, protégés (Gallant, 2002).

par **LORRAINE PLANTE, B. Sc. inf., LL. M.**

### Note au lecteur

Pour alléger le texte, les renvois aux articles du *Code criminel* (1985) sont indiqués ainsi : art. 672.11. Quant aux cas de jurisprudence, on y réfère par des appels de note, dont la liste apparaît après les références.

Un mécanisme juridique particulier est ainsi prévu dans le *Code criminel* pour les personnes accusées d'une infraction criminelle et jugées inaptes à subir leur procès, ou reconnues non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux (NCRTM).

Ces personnes ne sont ni déclarées coupables ni acquittées. On procède plutôt à l'évaluation de l'importance du risque que cette personne représente pour la sécurité du public, au moyen d'audiences de la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM). Elle détermine les mesures à prendre pour assurer la protection de la société (Tribunal administratif du Québec, 2016).

**Au début des années 1990, le législateur a élaboré des règles suivant le principe que les contrevenants atteints de troubles mentaux, plutôt que d'être punis, doivent être aidés et, dans certains cas, protégés (Gallant, 2002).**

### LE CODE CRIMINEL

Principe fondamental du *Code criminel*, un accusé doit être en mesure de comprendre que son comportement était fautif pour être reconnu coupable d'une infraction (La Charité, 2012; Gallant, 2002) : « La responsabilité criminelle d'une personne n'est pas engagée à l'égard d'un acte ou d'une omission de sa part survenu alors qu'elle était atteinte de troubles mentaux qui la rendaient incapable de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission, ou de savoir que l'acte ou l'omission était mauvais. » (art. 16[1]).

À cette étape, la question n'est pas de savoir si l'accusé est apte mentalement à faire face aux conséquences de ses gestes. Il faut plutôt se reporter

au moment où les actes criminels ont été commis et se demander s'il doit être puni pour ses gestes ou omissions (Gallant, 2002).

On doit le principe de non-responsabilité criminelle à l'Angleterre<sup>1</sup>. Le 20 janvier 1843, un dénommé Daniel M'Naghten, armé d'un pistolet, tire sur un certain Edward Drummond, qui décédera des suites de ses blessures en avril de la même année. Les témoins appelés par la défense ont fait valoir que M. M'Naghten n'était pas sain d'esprit au moment des faits. Il a donc été déclaré non coupable.

### HISTORIQUE

La Chambre des lords avait alors décidé que toute personne est présumée saine d'esprit et possède un degré suffisant de raison la rendant responsable de ses crimes. Si l'accusé commet un acte illégal, celui-ci est évidemment punissable. De même, si un accusé commet un acte criminel en étant victime d'hallucinations, par exemple, en vue de réparer ou de venger quelque grief supposé, il est néanmoins punissable s'il savait à ce moment-là qu'il agissait contrairement à la loi. Il doit donc être prouvé qu'au moment de l'acte, l'accusé, à cause d'un trouble de l'esprit, ignorait la nature et la qualité de l'acte accompli et ne savait pas non plus que cela était contraire à la loi. Un médecin familiarisé avec la folie peut être appelé à témoigner afin de livrer son opinion sur l'état d'esprit de l'accusé au moment de la perpétration de l'infraction alléguée<sup>1</sup>.

La plupart des règles énoncées dans cette affaire ont été intégrées dans le droit britannique<sup>1</sup>, lequel a été importé au Canada en 1892, lors de l'adoption du *Code criminel* (1892). Ce n'est cependant qu'un siècle plus tard que la partie du *Code criminel* portant sur les troubles mentaux a fait son apparition.

## Encadré 1

**PÉCISIONS POSSIBLES RELATIVES À UN ACCUSÉ ATTEINT DE TROUBLES MENTAUX (EN VERTU DE L'ARTICLE 672.54 DU CODE CRIMINEL)**

LIBÉRATION INCONDITIONNELLE	LIBÉRATION AVEC MODALITÉS	DÉTENTION AVEC MODALITÉS
L'accusé est libéré de son mandat de la CETM sans conditions. Il devient donc libre comme la population en général, sans conditions à respecter et sans devoir se représenter devant la CETM. On peut comparer cette situation à celle d'une personne ayant terminé de purger sa peine au criminel.	L'accusé n'est plus détenu dans l'établissement de santé. Il peut vivre à l'extérieur, en respectant certaines conditions. Il gagne la liberté au même titre, par exemple, qu'un détenu libéré de prison ayant des conditions à respecter. Les modalités en général inscrites dans la décision du TAQ comprennent : habiter dans un endroit connu et approuvé par l'hôpital, respecter le plan de traitement de l'équipe traitante et ne pas consommer des drogues et de l'alcool.	L'accusé est détenu dans l'établissement de santé. Il ne peut donc pas vivre à l'extérieur. Dans ce cas, les modalités prennent la forme, par exemple, de sorties accompagnées, sur la base de l'évaluation de l'équipe traitante. À titre comparatif, on peut citer l'exemple d'un détenu dans un établissement de détention qui, en raison de son bon comportement, pourrait profiter de sorties accompagnées.

En 1991, la Cour suprême rend une décision – l'arrêt Swain<sup>2</sup> – qui allait changer le cours de l'histoire du traitement des troubles mentaux au Canada. La réforme du *Code criminel* se concrétise en 1992 lors de l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code criminel (troubles mentaux) et modifiant en conséquence la Loi sur la défense nationale et la Loi sur les jeunes contrevenants* (1991).

Dans l'arrêt Swain, il est question, entre autres, de la constitutionnalité de l'article 542[2] du *Code criminel*, lequel, avant la réforme, énonçait la détention automatique de l'accusé si le juge ou le magistrat avait constaté qu'il était aliéné au moment de l'infraction, et ce, « jusqu'à ce que le bon plaisir du lieutenant-gouverneur de la province » soit connu (*Code criminel*, 1970). La Cour suprême a conclu que ces dispositions entravaient les droits garantis par les articles 7 et 9 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, soit le droit à la liberté et la protection contre la détention ou l'emprisonnement arbitraire<sup>2</sup>.

La partie XX.1 du *Code criminel* est donc la conséquence de cette décision historique<sup>2</sup>. En 1999, le plus haut tribunal du pays s'est de nouveau prononcé sur la constitutionnalité de cette partie du *Code criminel*, particulièrement sur les éléments concernant les décisions à rendre par la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM). Il a été de nouveau consacré que la partie XX.1 protège à la fois la société et le contrevenant non responsable criminellement<sup>3</sup>. Ces deux décisions sont encore à ce jour citées et prises en compte dans les décisions de la CETM (Tribunal administratif du Québec, 2016).

**NAISSANCE DU TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC**

La *Loi sur la justice administrative* (LJA), adoptée en 1996, a institué le « Tribunal administratif du Québec » (TAQ), qui a pour fonction de « [...] statuer sur les recours formés contre une autorité administrative ou une autorité décentralisée » (LJA, art. 14).

« [...] Sauf disposition contraire de la loi, il exerce sa compétence à l'exclusion de tout autre tribunal ou organisme juridictionnel », c'est-à-dire que les décisions qu'il rend ne peuvent en général être contestées devant un autre tribunal (LJA, art. 14). Ses pouvoirs lui permettent de décider de toutes questions de droit ou de fait, de « [...] confirmer, modifier ou infirmer la décision contestée et, s'il y a lieu, rendre la décision qui, à son avis, aurait dû être prise en premier lieu. » (LJA, art. 15).

Le TAQ est composé de quatre sections, dont celle des affaires sociales (LJA, art. 17). Depuis le 1<sup>er</sup> avril 1998, les fonctions de la CETM sont exercées par la section des affaires sociales du TAQ. En résumé, la CETM est un tribunal administratif créé en vertu du *Code criminel*, qui « [...] rend des décisions qui sont exécutoires au même titre que celles d'un tribunal judiciaire ». (Tribunal administratif du Québec, 2016). Ainsi, la CETM « [...] est désignée comme une commission d'examen au sens des articles 672.38 et suivants du *Code criminel* [...], chargée de rendre ou de réviser des décisions concernant les accusés qui font l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou qui ont été déclarés inaptes à subir leur procès. » (LJA, art. 19).

La CETM a été constituée en vertu du droit provincial (art. 672.38[2]) et agit selon les dispositions du *Code criminel* (LJA, art. 19), plus particulièrement en ce qui concerne les articles 2, 16 et 672.1 à 672.95 (Tribunal administratif du Québec, 2016).

**POUVOIRS ET DEVOIRS DE LA CETM**

Le Tribunal judiciaire (la Cour) et la CETM ont tous deux le pouvoir d'ordonner une évaluation de l'état mental de l'accusé, à diverses étapes du processus (art. 672.12[1] et 672.121) et de rendre des décisions à son égard (art. 672.45 et 672.47).

Lorsque le Tribunal judiciaire rend, à l'égard d'un accusé, un verdict d'inaptitude à subir son procès ou de non-responsabilité criminelle, mais sans avoir pris de décision sur les mesures à prendre pour protéger la société, la CETM doit tenir une audience dans les 45 jours suivant ce verdict et rendre une décision (art. 672.47[1]). Ce délai peut être prolongé jusqu'à un maximum de 90 jours par le Tribunal judiciaire, en cas de circonstances exceptionnelles (art. 672.47[2]). Par la suite, les audiences sont tenues au moins une fois par année (art. 672.81[1]), mais aussi à la demande d'une des parties (art. 672.82[1]) ou en cas de resserrement important des conditions de liberté (art. 672.81[2.1]).

« [...] la commission d'examen rend, en prenant en considération, d'une part, la sécurité du public qui est le facteur prépondérant et, d'autre part, l'état mental de l'accusé, sa réinsertion sociale et ses autres besoins, celle des décisions ci-après qui est nécessaire et indiquée dans les circonstances [...] » (art. 672.54[1]).

Les décisions possibles sont la libération inconditionnelle, si le patient ne représente pas un « risque important pour la sécurité du public » (art. 672.54[2a]), la libération avec modalités et la détention avec modalités (art. 672.54[2b] et [2c]) (Encadré 1).

« Pour l'application de l'article 672.54, un risque important pour la sécurité du public s'entend du risque que courent les membres du public, notamment les victimes et les témoins de l'infraction et les personnes âgées de moins de dix-huit ans, de subir un préjudice sérieux – physique ou psychologique – par suite d'un comportement de nature criminelle, mais non nécessairement violent. » (art. 672.5401).

Pour les décisions relatives à la libération ou à la détention avec modalités (art. 672.54[2b] et [2c]), la CETM a la possibilité de déléguer à l'établissement de santé le pouvoir d'assouplir ou de resserrer les modalités de privations de liberté à l'intérieur des limites prévues par la décision (art. 672.56[1]).

Cependant, comme dans le cas d'ordonnances de gardes en établissement (*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*), les décisions de libération ou de détention n'incluent pas automatiquement des ordonnances de traitement (art. 672.55), réservées aux cas moins fréquents d'inaptitude à subir un procès (art. 672.58), et ce, sous certaines conditions (art. 672.59-672.63).



**Il revient au responsable de l'hôpital désigné, en collaboration avec l'équipe traitante, de veiller à ce que l'accusé se conforme aux décisions prises à son égard par la Commission d'examen des troubles mentaux.**

Depuis le 11 juillet 2014, date de l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code criminel et la Loi sur la défense nationale (troubles mentaux)*, la décision de déclarer un contrevenant « accusé à haut risque » s'est ajoutée aux décisions que peut prendre le Tribunal, à la demande du poursuivant (art. 672.64[1]). Dans un tel cas, cette décision est automatiquement assortie d'une détention qui ne prévoit aucun séjour à l'extérieur de l'hôpital, exception faite de raisons médicales, par exemple. De plus, les risques relatifs à ces sorties ne doivent pas être inacceptables pour la sécurité du public (art. 672.64[3]). Enfin, la CETM, lors de son audience en révision de la décision, « [...] est tenue, à la lumière de tout renseignement utile, [...] et tout rapport d'évaluation fait à la suite d'une ordonnance d'évaluation rendue [...], si elle est convaincue qu'il n'y a pas de probabilité marquée que l'accusé [...] usera de violence de façon qu'il pourrait mettre en danger la vie ou la sécurité d'une autre personne, de renvoyer l'affaire à la Cour supérieure de juridiction criminelle pour révision de la déclaration » (art. 672.84[1]).

Cela signifie que si le médecin psychiatre recommande à la CETM, lors de l'audience, de délivrer l'accusé de son statut d'« accusé à haut risque », la CETM, même si elle est d'accord, ne peut ordonner cette décision. Elle doit obligatoirement demander à la Cour supérieure d'étudier cette demande et de rendre une décision.

Les commissions d'examen des provinces s'acquittent très bien de leurs activités. Une étude pancanadienne a révélé qu'elles font un travail très efficace dans la gestion du risque posé par les personnes déclarées NCRTM afin de protéger la sécurité publique (Seto, Crocker, Nicholls et Côté, 2013).

**Le travail de l'infirmière représente un apport essentiel à celui du psychiatre, qui doit rendre aux instances judiciaires un jugement des plus appuyés.**

#### RESPONSABILITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

« Il n'appartient pas à la CETM de s'assurer que l'accusé ou qu'une autre partie se conforment à la décision qu'elle a rendue. » Les responsabilités de l'établissement de santé ne se limitent pas à tenir des audiences dans un local accessible et sécuritaire. Il revient au responsable de l'hôpital désigné, en collaboration avec l'équipe traitante, de veiller à ce que l'accusé se conforme aux décisions prises à son égard par la Commission (Tribunal administratif du Québec, 2016).

Sur le plan clinique, on doit évaluer le risque pour la sécurité publique que représente la conduite du patient. Si le médecin psychiatre et les autres professionnels assurant le suivi de ce dernier estiment que des conditions non respectées augmentent le risque pour la sécurité du public de façon importante et à court terme, ils peuvent décider d'utiliser le pouvoir délégué à l'hôpital par la CETM afin de le réhospitaliser (Tribunal administratif du Québec, 2016); demander l'intervention des policiers afin de procéder à son arrestation et le ramener à l'établissement de santé; ou le faire comparaître devant un juge pour non-respect des conditions (art. 672.91 et 672.92). Dans ce dernier cas, le responsable de l'hôpital doit utiliser le formulaire « Signalement à un corps de police d'un manquement à une ordonnance » (Tribunal administratif du Québec, 2016).

Si les comportements du patient n'aggravent pas le risque pour la sécurité publique, il est tout de même possible, si on le

juge nécessaire, de signaler les manquements aux policiers et de demander à la CETM de réviser la décision en resserrant l'encadrement (Tribunal administratif du Québec, 2016). Au quotidien, cependant, les équipes cliniques vont plutôt encadrer davantage le patient en espérant qu'il se remette sur la bonne voie.

#### LA SITUATION DE M. B.

M. B. a été accusé de voies de fait sur des policiers à la suite de son altercation avec ces derniers lors de son arrivée au centre hospitalier (Plante, 2018a, b). Il a comparu devant un juge qui a ordonné une évaluation psychiatrique en vertu du *Code criminel*: il demande que soit déterminée l'aptitude de M. B. à subir un procès (art. 672.11[a]) et qu'il demeure en détention (art. 672.13[1]). Un délai de cinq jours est accordé (art. 672.14) avant de retourner à la Cour.

L'évaluation de l'aptitude à subir un procès diffère de l'évaluation de l'aptitude à consentir aux soins, même si, dans les deux cas, les personnes sont présumées aptes jusqu'à preuve du contraire (art. 672.22; C.c.Q., art. 4). La détermination de l'aptitude à subir un procès s'appuie principalement sur trois critères :

- l'accusé doit comprendre la nature ou l'objet des poursuites;
- il doit comprendre les conséquences éventuelles de telles poursuites;
- il doit être en mesure de communiquer avec son avocat et de respecter le décorum de la Cour (art. 2).

M. B. est finalement reconnu inapte (art. 672.31), car il supposait que le procès représentait une nouvelle épreuve à traverser afin de le rendre invulnérable aux dangers qui se dressaient devant lui depuis qu'on l'avait sorti de son logement, selon lui, en feu. À la recommandation du médecin psychiatre (art. 672.59), le juge ordonne un traitement de 60 jours visant à le rendre apte à subir son procès (672.58). Une nouvelle audience a lieu au terme de ce délai et au cours de laquelle l'aptitude de M. B. est alors confirmée (672.45[1]). À cette occasion, la question de la responsabilité criminelle est soulevée (art. 672.11[b]).

Le médecin psychiatre qui procède à l'expertise conclut que M. B., au moment des faits allégués, était incapable de faire la différence entre le bien et le mal (art. 16[1]) et propose à la Cour qu'il soit déclaré non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux. À la comparution, le juge entérine la proposition du médecin psychiatre et M. B. est déclaré non criminellement responsable des actes de violence qu'on lui reproche (art. 672.34). Le juge joint à sa décision une ordonnance de détention à l'hôpital sans modalités de sorties (art. 672.54[c]).

Une médication adaptée et une psychothérapie sont instaurées. Six mois plus tard, M. B. reconnaît qu'il a été très malade et que cela lui a causé bien des problèmes. Il est tout à fait convaincu de la nécessité de poursuivre ses traitements. L'équipe traitante décide de demander une audience à la CETM afin d'accorder plus de liberté à M. B. (art. 672.82[1]). À l'audience, le rapport psychiatrique et les témoignages convainquent les membres de la Commission d'entériner le projet de l'équipe traitante et rend une décision de libération avec modalités (672.54[b]).

#### AUTRES MANDATS DU TAQ

La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, comme déjà vu

(Plante, 2018a), est également utile pour protéger le public des personnes dangereuses. Le rôle du TAQ est aussi d'entendre les requêtes des personnes qui contestent ces gardes.

« Toute personne qui n'est pas satisfaite du maintien d'une garde ou d'une décision prise en vertu de la présente loi, à son sujet, au sujet d'une personne qu'elle représente ou au sujet d'une personne pour laquelle elle démontre un intérêt particulier, peut contester devant le Tribunal administratif du Québec le maintien de cette garde ou cette décision. » (*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, art. 21).

En effet, la *Loi sur la justice administrative*, étudiée plus haut, prévoit que le TAQ est tenu d'accorder aux parties le droit de s'exprimer (LJA, art. 10).

## RESPONSABILITÉS DE L'INFIRMIÈRE

L'infirmière, membre en règle de l'équipe traitante, évalue régulièrement l'état mental du patient, lui prodigue des soins, effectue les suivis appropriés, documente ses observations ainsi que ses interventions (*LJI; Code de déontologie des infirmières et infirmiers*), et témoigne de l'évolution du patient.

Une infirmière œuvrant dans un milieu clinique où des expertises sont effectuées ou dans une unité de traitement où des patients sous mandat du TAQ sont soignés mettra à profit de nombreuses compétences de ses activités réservées. Le travail de l'infirmière représente un apport essentiel à celui du médecin psychiatre, qui doit rendre aux instances judiciaires un jugement des plus appuyés. ●

## BIBLIOGRAPHIE

- Assemblée nationale. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/index.html>
- Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la Loi constitutionnelle de 1982, [annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.)], 1982, c. 11.
- Code civil du Québec* (C.c.Q.), L.Q. 1991, c. 64.
- Code criminel*, S.C. 1892, c. 29.
- Code criminel*, S.R.C. 1970, c. C-34.
- Code criminel*, L.R.C. 1985, c. C-46.
- Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, L.R.Q., c. I-8, r. 9.
- Gallant, D. (2002). « Protection des contrevenants souffrant de troubles mentaux et protection de la société: un équilibre fragile ». Dans *Être protégé malgré soi*. Cowansville, QC: Éditions Yvon Blais.
- Institut canadien d'information juridique. Repéré à <https://www.canlii.org/fr/qc/>
- La Charité, R. J. (2012). « Les bons soins du lieutenant-gouverneur en examen ». Dans *La protection des personnes vulnérables*. Cowansville, QC: Éditions Yvon Blais.
- Loi modifiant le Code criminel et la Loi sur la défense nationale (troubles mentaux), L.C. 2014, c. 6.
- Loi modifiant le Code criminel (troubles mentaux) et modifiant en conséquence la Loi sur la défense nationale et la Loi sur les jeunes contrevenants, L.C. 1991, c. 43.
- Loi sur la justice administrative (LJA), L.R.Q., c. J-3.
- Loi sur la justice administrative, projet de loi no 130 (sanctionnée - 16 décembre 1996), 2<sup>e</sup> sess., 35<sup>e</sup> légis.
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, L.R.Q., c. P-38-001.
- Loi sur les infirmières et les infirmiers (LJI), L.R.Q., c. I-8.
- Plante, L. (2018a). « Les gardes en établissement », *Perspective infirmière*, 15(3), 38-41.
- Plante, L. (2018b). « L'aptitude à consentir aux soins et le consentement substitué: comment s'y retrouver? », *Perspective infirmière*, 15(4), 62-67.
- Seto, M. C., Crocker, A. G., Nicholls, T. L. et Côté, G. (2013). Implementing Evidence-based Policies for Persons Found Not Criminally Responsible on account of Mental Disorder (NCRMD), Brief presented to the House of Commons Standing Committee on Justice and Human Rights: Review of Bill C-54.
- Société québécoise d'information juridique (SOQUIJ). Repéré à <http://citoyens.soquij.qc.ca/>
- The Criminal Code, 1892, 55-56 Victoria, chap. 29, Ottawa.
- Tribunal administratif du Québec. (2016). La commission d'examen des troubles mentaux du Québec – Guide. Repéré à [http://www.ta.q.gouv.qc.ca/documents/file/Guide%20CETM\\_Francais.pdf](http://www.ta.q.gouv.qc.ca/documents/file/Guide%20CETM_Francais.pdf)
- Tribunal administratif du Québec. Commission d'examen des troubles mentaux – Rôle. Repéré à <http://www.ta.q.gouv.qc.ca/fr/sante-mentale/commission-d-examen-des-troubles-mentaux/role>

## JURISPRUDENCE

- M'Naghten's Case [1843] UKHL 116 (19 juin 1843). Repéré à : <http://www.bailii.org/uk/cases/UKHL/1843/116.html>
- R. c. Swain, 1991 CanLII 104 (CSC), [1991] 1 R.C.S. 933.
- Winko c. Colombie-Britannique (Forensic Psychiatric Institute), [1999] 2 R.C.S. 625.



Cet article est le dernier d'une série de trois sur la psychiatrie légale. Le premier, sur les gardes en établissement, a été publié dans le numéro de mai-juin 2018, et le second, sur le consentement aux soins, dans le numéro de septembre-octobre 2018.

## L'AUTEURE

LORRAINE PLANTE  
B. Sc. inf., LL. M.

Infirmière et détentrice d'une maîtrise en droit et politiques de la santé. Adjointe à la Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

## ENGAGÉS DANS UNE CARRIÈRE STIMULANTE

Valérie, infirmière clinicienne  
Patrick, assistant infirmier-chef  
Hôpital Charles-Le Moyne

Une place de choix  
vous attend au CISSS DE  
LA MONTÉRÉGIE-CENTRE

NOUS RECRUTONS.CA

Centre intégré  
de santé et de  
services sociaux de  
la Montérégie-Centre

Québec

# Tout savoir sur la norme de formation continue

## EN QUOI CONSISTE LA NORME DE FORMATION CONTINUE?

À un minimum de 20 heures de formation par an :

- Minimum de 7 heures accréditées
- 13 heures non accréditées

## QU'EST-CE QU'UNE HEURE ACCRÉDITÉE?

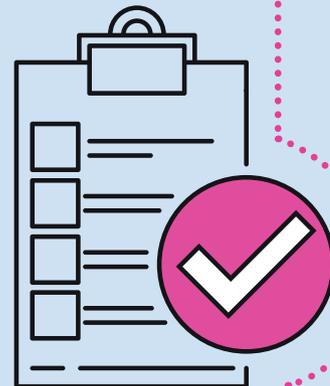
Lorsqu'une attestation (certificat, crédits, unités de formation, etc.) est délivrée par un organisme reconnu et habilité à le faire.

Exemples : université, OIIQ

## QU'EST-CE QU'UNE HEURE NON ACCRÉDITÉE?

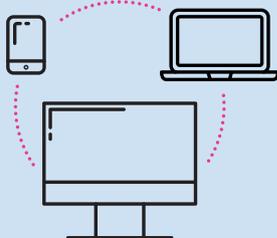
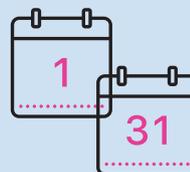
Toute autre activité liée à la pratique, mais non assortie d'une attestation.

Exemples : lectures, conférences



## QUAND FAIRE SES HEURES?

Du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre, chaque année.



## COMMENT METTRE À JOUR MON REGISTRE DE FORMATIONS?

Aller dans la section « Mon compte » sur la page d'accueil du site de l'OIIQ, onglet *Mes formations* et option *Registre et attestations*.

# Vers un leadership politique des infirmières, ou comment changer les choses

Inspirée d'un parcours d'infirmière soignante, de professeure, de chercheuse et de gestionnaire, l'occasion m'est ici offerte de partager, en toute humilité, une réflexion sur la capacité des infirmières à faire preuve d'influence et à exercer un leadership politique. Je présenterai d'abord une conception englobante du leadership politique pour ensuite discuter de certaines entraves à ce type de leadership chez les infirmières, mais aussi de quelques avenues novatrices de réussite pour influencer et guider le changement; en d'autres termes, pour changer les choses.

par **FRANCINE DUCHARME, inf., Ph. D.**

Dans le cadre de cette réflexion que nous voulons pertinente pour les infirmières provenant de différents horizons, le leadership politique est abordé dans son sens le plus large et inclusif, permettant d'envisager comment les infirmières peuvent favoriser le changement et améliorer les soins de santé d'ici et d'ailleurs. Bien que le terme « leadership », très en vogue actuellement, possède plusieurs définitions et soit parfois utilisé sans en considérer les attributs (Mannix, Wilkes et Daly, 2013), nous en proposons ici une définition qui fait appel à trois attributs principaux : 1) la capacité d'influencer autrui pour des fins que l'on juge importantes; 2) la capacité de modifier une situation et de produire des changements et; 3) le pouvoir de transformer. En somme, avoir du leadership consiste tout simplement à influencer, à modifier et à transformer. Dans ce contexte, les infirmières exercent-elles un leadership politique? Exercent-elles leur pouvoir afin de contribuer aux changements en vue d'améliorer la qualité des soins?

Nous répondons à ces questions par... non, et parfois oui. Voici quelques justifications à cette réponse paradoxale.

## POURQUOI LES INFIRMIÈRES N'EXERCENT-ELLES PAS TOUJOURS LEUR LEADERSHIP POLITIQUE?

Peu d'infirmières souhaitent s'engager dans l'action politique (Williams, Avolio, Ott et Miltner, 2016). Plusieurs éléments peuvent permettre d'expliquer ce « non » à l'exercice du pouvoir dont l'un, très important, concerne

l'histoire de la profession infirmière et certaines de ses valeurs sous-jacentes traditionnelles. Pensons à la subordination à la profession médicale qui, même si elle est de moins en moins prégnante, persiste encore; pensons également au don de soi, à la vocation et, bien entendu, à l'humilité (Cohen, Pepin, Lamontagne et Duquette, 2002), des caractéristiques en porte-à-faux avec des visées d'autonomie et d'autodétermination, avec le désir d'être entendues et valorisées et avec l'essor d'une pensée critique.

Une autre raison pour ce « non » à l'exercice du leadership politique est liée à l'arrivée récente de la recherche en tant que mode de développement des connaissances pour les infirmières. Il existe plusieurs façons de développer des savoirs. Pensons aux modèles de rôle et aux traditions, à l'intuition, à l'apprentissage par les pairs (Ducharme, 2001). Toutefois, la recherche, en tant que mode scientifique de développement des connaissances, a été reconnue tardivement dans la discipline, ayant comme conséquence un développement relativement nouveau des programmes d'études supérieures, notamment les programmes d'études doctorales qui ont amené les sciences infirmières à être considérées comme discipline professionnelle autonome. En effet, c'est la formation doctorale, visant à produire des chercheurs leaders, qui offre une contribution aux savoirs et aux résultats probants, résultats dont les infirmières ont besoin pour se positionner comme les autres professionnels dans leur champ d'exercice.

## Note au lecteur

Ce texte constitue une synthèse et une adaptation de la conférence d'ouverture prononcée dans le cadre du 7<sup>e</sup> Congrès mondial du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) tenu à Bordeaux, le 4 juin 2018, sous le thème « La profession infirmière engagée vers l'avenir : chercher, innover, soigner. »

Un autre facteur, et non le moindre, concerne la sous-estimation, par les infirmières elles-mêmes, de leur réel pouvoir en tant que professionnelles. Cette sous-estimation, ainsi que le peu d'intérêt que de nombreuses infirmières accordent au leadership politique, pourraient-ils être liés à la place très limitée accordée aux habiletés sociopolitiques dans les programmes de formation? Nos formations ne souffrent-elles pas « d'apolitisme »? On a bien peu appris cet art si important de la rhétorique et de la persuasion qui permet de savoir utiliser des messages simples, fondés sur des résultats plutôt que sur des émotions, et qui peuvent s'adresser aux décideurs. Dans cette même perspective, les infirmières ont-elles des connaissances concernant les processus législatifs et le fonctionnement gouvernemental?

En somme, les infirmières se manifestent peu en dépit du fait que la population les appuie lorsqu'elles s'expriment publiquement sur de grands enjeux: est-ce par souci d'humilité? En raison des caractéristiques de leur profession? D'un manque d'intérêt? D'un manque d'habiletés et de connaissances? La réflexion est à poursuivre.

### UN IMMENSE POTENTIEL POUR L'EXERCICE D'UN LEADERSHIP POLITIQUE

En dépit des propos précédents, les infirmières détiennent un immense pouvoir, et ce, sans toujours en être conscientes. Être capables d'identifier des besoins de santé individuels et populationnels, d'affecter des ressources selon des priorités, de produire et de diffuser des connaissances... n'est-ce pas du pouvoir?

En fait, comme le soulignaient Russell et Fawcett (2005) il y a plus d'une décennie, les infirmières ont une influence à différents niveaux. Plus précisément, quatre niveaux de leadership ou d'influence sont proposés par ces auteurs : 1) un leadership clinique auprès des individus, familles, groupes et communautés, leadership qui peut se concrétiser en leadership politique; 2) un leadership sur les pratiques de soins et les modes de dispensation des soins; 3) un leadership sur les systèmes de santé et les systèmes géopolitiques et, enfin; 4) un leadership à l'échelle du monde et de l'humanité.

Plusieurs exemples concrets de ces niveaux de leadership, exercés actuellement par les infirmières, sont présentés dans la dernière édition du livre *La pensée infirmière* (Pepin, Ducharme et Kerouac, 2017). On y aborde de nombreuses possibilités d'action politique dans des dossiers contemporains en soins infirmiers, possibilités qui illustrent les niveaux de leadership proposés par Russell et Fawcett (2005). Les conditions de la pratique professionnelle, l'organisation des soins dans un système de santé en mutation, la formation des infirmières et l'accès aux soins pour la réduction des inégalités en santé en sont des illustrations.

### DES AVENUES « TRANSVERSALES » POUR EXERCER UN LEADERSHIP POLITIQUE

Les différents niveaux possibles de leadership pour les infirmières permettent d'envisager un grand potentiel d'action politique. D'autres avenues se profilent aussi sur le plan transversal, c'est-à-dire des avenues qui peuvent être utilisées à tous les niveaux pour induire le leadership. Parmi celles-ci, nous discuterons de l'utilisation des résultats probants issus de la recherche, de l'importance de la formation et des connaissances, ainsi que du « relationnel », une condition *sine qua non* au leadership politique.

### L'apport d'une pratique exemplaire s'appuyant sur des résultats probants

Utilisons-nous les résultats de recherche à notre disposition pour assurer un leadership politique? Il y a quelques

années, j'ai partagé avec les lecteurs de *Perspective infirmière* une première réflexion sur le sujet dans un article intitulé « Des résultats probants... à la politique? » (Ducharme, 2013). J'y posais cette question : comment les résultats de nos recherches peuvent-ils influencer les décideurs et favoriser les changements dans les pratiques de soins? La réponse était que nous n'utilisons pas suffisamment ces résultats pour convaincre les décideurs de notre « valeur ajoutée ». Aujourd'hui, cinq ans plus tard, la réponse demeure toujours la même.

Dans un domaine qui se transforme sans cesse comme celui des soins de santé, les nouvelles découvertes ont une influence sur la pratique qui, pour se renouveler, doit faire appel aux résultats probants issus des recherches portant sur les innovations. On discute beaucoup dans les milieux de pratique, les milieux de formation ou dans les écrits professionnels et scientifiques, de la pratique factuelle, de la pratique fondée sur des preuves, de données probantes, de résultats probants et de pratiques exemplaires. Au-delà d'un débat sémantique, il apparaît important de retenir la notion de pratique exemplaire s'appuyant sur des résultats probants, résultats qui permettent une influence sur le plan politique, à certaines conditions.

### Quelques conditions d'une recherche qui veut influencer

Il existe un certain nombre de questions à se poser sur la recherche, entre autres des questions touchant son accessibilité. L'utilisation de la recherche est-elle suffisamment conviviale? Les résultats des études ne sont-ils pas, parfois, difficiles à comprendre parce qu'ils ne sont pas suffisamment vulgarisés?

Aux fins d'influence, la capacité de diffuser les résultats des études et les habiletés de communication nécessaires pour le faire ne sont pas à négliger. La discipline infirmière, malgré sa courte histoire sur le plan de la recherche, a su produire des résultats percutants et de grande qualité, comme en témoigne le nombre croissant de revues scientifiques où sont publiés ces résultats. La recherche doit toutefois encore sortir de l'ombre et ses résultats, être diffusés sous d'autres formes et modalités, de sorte que les décideurs puissent les lire, les entendre et bien les comprendre.

Pour influencer et produire le changement plus rapidement, les chercheuses en sciences infirmières ont également tout avantage à être pragmatiques. Elles gagneraient précisément à s'intéresser à des problématiques de pointe en lien avec des changements de pratique nécessaires ou qui pourraient conduire à des prises de décision (Lomas, 2005). Les études que les infirmières mènent pourraient-elles, par exemple, être plus étroitement liées à la qualité et à la sécurité des soins?

En dépit de la grande importance des recherches à caractère théorique, essentielles au développement de toute discipline, il apparaît que les études qui influencent le plus rapidement les décideurs et qui sont les plus porteuses pour l'influence politique sont celles qui peuvent amener des changements dans la pratique, soit celles qui : 1) portent sur des objets de recherche où peu de résultats sont disponibles; 2) ont des résultats controversés; ou 3) appellent à des prises de décision urgentes. Les thématiques suivantes ont un potentiel de succès sur le plan politique : l'efficacité d'interventions infirmières sur le plan coûts/bénéfices; l'approche de partenariat avec les patients et leur famille; les nouveaux rôles infirmiers et modèles d'organisation des soins; la qualité de vie des personnes vulnérables; les soins de fin de vie.

En bref, la recherche est une des avenues pour exercer un leadership politique et un outil pour soutenir les infirmières dans le « faire valoir » de leur pratique et de ses

« Les infirmières se manifestent peu en dépit du fait que la population les appuie lorsqu'elles s'expriment publiquement sur de grands enjeux. »

Le leadership est fondamentalement relationnel et constitue un processus d'influence sociale.

effets sur la qualité et la sécurité des soins. Les infirmières exercent dans des milieux de soins qui constituent de riches laboratoires cliniques leur permettant de « raconter des histoires » à partir de données cliniques, mais aussi de données scientifiques. Humaniser la science dans l'espace public est une stratégie de choix pour exercer un leadership politique. Pourtant, nous le faisons encore trop peu.

### LA FORMATION INFIRMIÈRE, SOURCE DE POUVOIR POUR L'EXERCICE D'UN LEADERSHIP POLITIQUE

Pourquoi parler de formation dans le cadre d'une réflexion sur le leadership politique? Il faut savoir que la formation est un vecteur de l'engagement politique. Le pouvoir de la formation, et la connaissance qui en découle, accroît notre crédibilité et notre notoriété. Il s'agit là d'un pouvoir informel plutôt qu'hierarchique.

Une formation qui crée du pouvoir est néanmoins basée sur certains principes. Elle permet, entre autres : 1) « d'apprendre à apprendre » dans un contexte d'instantanéité des nouveaux savoirs et du développement rapide des connaissances et de la technologie; 2) de développer ses compétences plutôt qu'uniquement des contenus éphémères et rapidement obsolètes, la demi-vie des connaissances dans le domaine des sciences de la santé étant d'environ cinq ans – les connaissances enseignées aujourd'hui ne seront valides qu'à 50 % dans cinq ans (Shojania, Sampson, Ansari, Douvette et Moher, 2007); et 3) d'intégrer des dimensions tant scientifiques que politiques.

En ce qui concerne la dimension politique de la formation, il apparaît clairement, comme nous l'avons mentionné précédemment, que la compétence politique des étudiants en sciences infirmières mérite d'être développée plus avant. Il y aurait lieu de favoriser l'apprentissage : 1) du processus de développement de politiques gouvernementales, et ce, à partir de l'émergence de la politique jusqu'à sa mise en œuvre, en considérant les enjeux et les risques; 2) d'une compréhension du contexte et des contraintes des décideurs, y compris ceux liés aux différents groupes de pression et aux médias; 3) d'une habileté « prospective », soit d'une habileté à se projeter (plutôt que d'être en réaction) afin d'influencer les décisions; et 4) d'une collaboration interdisciplinaire, notamment avec la discipline des sciences politiques.

Donc, la recherche et la formation sont des ingrédients qui permettent de faire autrement et de changer les choses, car elles suscitent l'incertitude et le doute, la curiosité et la critique : des catalyseurs du changement. Par ailleurs, ces deux ingrédients nécessitent la présence d'un troisième afin de créer les conditions propices à l'exercice d'un réel leadership politique : la dimension relationnelle.

### CULTIVER SES RELATIONS POUR INFLUENCER

Une condition *sine qua non* pour exercer un leadership politique est celle de bâtir et d'entretenir un réseau social. On ne favorise pas l'influence et le changement en restant isolé. Être lié aux autres importe, car le leadership est fondamentalement relationnel et constitue un processus d'influence sociale (Lasalle, 2018). Travailler en partenariat et coopération, plutôt qu'avec des visées de concurrence, et développer son réseau d'alliés permettent d'accroître la portée et la pérennité de nos actions.

Voyons quelques exemples de leadership politique à des niveaux différents, afin d'illustrer l'importance du facteur relationnel, y compris la communication médiatique.

### Influencer les pratiques et les modes de dispensation des soins

Au cours de la dernière année, l'actualité a été particulièrement fertile au Québec eu égard aux infirmières. Elles « ont fait les médias » et, avec leur réseau, ont véritablement exercé de l'influence. La problématique des conditions de travail et des heures supplémentaires obligatoires a notamment été décriée, effet qui tire son origine d'un cri du cœur, sur les réseaux sociaux, d'une infirmière travaillant en centre d'hébergement. Cette alarme médiatique a permis de construire un réel rapport de force pour modifier la situation (Krol, 2018). Un autre exemple est celui de la pratique avancée, plus précisément le dossier des infirmières praticiennes spécialisées et de l'exercice de ce nouveau rôle pour lequel un nombre croissant d'infirmières ont été formées au Québec. Ce dossier est défendu avec conviction par l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (Laliberté, 2018). Ses actions médiatiques et politiques ont permis des avancées. Enfin, la revalorisation de la profession a également fait l'objet de quelques articles au printemps 2018 (Bourgault et al., 2018; Cohen et Pepin, 2018), ce qui a réanimé certains débats sur la condition des femmes et sur leur accès à une formation supérieure, débats oubliés depuis un moment.

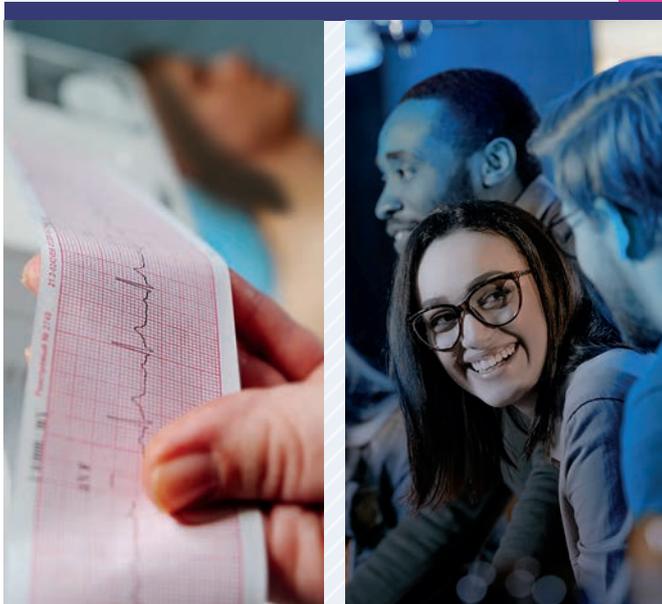
### Influencer le système de santé

L'importance du réseau social pour l'exercice d'un leadership politique au sein du système de santé peut se concrétiser grâce à une diffusion des savoirs et des innovations par les infirmières. À titre d'exemple, la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, dont j'ai eu le privilège d'être la titulaire pendant 15 ans, a réalisé un programme de recherche portant sur la situation des proches aidants de personnes âgées vulnérables, un domaine aux enjeux politiques importants (Ducharme, 2014). Les résultats des études réalisées ont été diffusés sous différentes formes, et beaucoup sont de courts documents pouvant être compris par les hommes et les femmes politiques.

Avec l'aide de collègues provenant de plusieurs disciplines (sociologie, sciences politiques, études féministes, etc...), notre équipe a appris à rédiger des sommaires exécutifs destinés aux politiciens et à présenter des mémoires aux commissions parlementaires en vue d'influencer les politiques du système de santé. Nous avons travaillé principalement avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère de la Famille, l'objectif étant de produire des recommandations concrètes à partir de nos résultats de recherche sur l'accessibilité à de nouveaux services favorisant la qualité de vie des proches aidants. Nous avons, entre autres, tenté de contribuer à l'inclusion de la thématique du soutien aux proches aidants dans les politiques et plans d'actions gouvernementaux, plus précisément les politiques de soutien à domicile et du vieillissement (MFA, 2008; MFA/MSSS, 2012; MSSS, 2003) et, plus récemment, le plan d'action ministériel pour contrer la maltraitance (MFA, 2017).

Sur un plan plus opérationnel, nous avons sollicité des invitations à des commissions parlementaires qui ont exigé de notre part que l'on modifie notre style de communication afin que notre message soit entendu. Une des réalisations de l'équipe a été de contribuer au projet de loi no 6 (*Loi instituant le fonds de soutien aux proches aidants des aînés*). À la suite de cette loi, l'organisme L'Appui pour les proches aidants d'aînés ([www.lappui.org](http://www.lappui.org)) a été créé. Chaque région dispose maintenant d'un fonds lui permettant d'investir dans de

*Les infirmières occupent une position stratégique leur permettant, grâce à leurs savoirs et à leurs habiletés, de s'engager dans l'action politique pour façonner l'avenir et changer les choses.*



## Lisez les articles- questionnaires

- **Électrocardiogramme : comment le lire et l'interpréter?**
- **Vaccination contre le virus de l'hépatite B**

 **2-ACFA** par article

Répondez aux questionnaires pour valider vos acquis et cumulez des heures de formation continue.

Visitez

[oiiq.org/formation/articles-questionnaires](http://oiiq.org/formation/articles-questionnaires)

nombreux services directs consacrés aux proches aidants d'âinés. Voilà un exemple de la contribution d'une équipe interdisciplinaire qui, grâce à son réseau de plus en plus étendu avec le temps, a engagé des actions sur le plan politique. Ce type de résultats tangibles exige néanmoins un investissement de temps considérable, un intérêt pour le politique, un désir de diversifier les expertises disciplinaires, ainsi qu'un riche réseau.

***Les infirmières détiennent un immense pouvoir, et ce, sans toujours en être conscientes.***

### **Influencer à l'échelle mondiale**

Les travaux importants du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF), produits souvent sous la forme de mémoires avec recommandations, sont un excellent exemple de prises de position politiques qui s'appuient sur des résultats probants. Ces prises de position s'adressent à toutes les infirmières de la francophonie grâce à un réseau d'influence qui se développe et s'élargit depuis quelques années. Un de ces mémoires porte sur la qualité des soins et la sécurité des patients en tant que priorité mondiale (SIDIEF, 2015). Les prises de position sur les infections au VIH en Afrique francophone (SIDIEF, 2017) et sur la formation infirmière (SIDIEF, 2011) sont d'autres exemples d'une large influence découlant du leadership d'une organisation.

### **D'AUTRES AVENUES POUR EXERCER NOTRE LEADERSHIP POLITIQUE?**

Mis à part la recherche, la formation et le « relationnel », il est aussi possible d'envisager d'autres avenues pour que notre leadership politique puisse se concrétiser. Parmi celles-ci, nous en aborderons brièvement trois : l'exercice d'une étendue de pratique optimale; la pratique infirmière avancée et les modèles de collaboration dans les soins.

#### **L'étendue optimale de la pratique infirmière**

Des travaux récents concernent l'étendue optimale de la pratique infirmière et permettent de répondre à une question fondamentale : utilisons-nous toutes les compétences pour lesquelles nous sommes habilitées? Les dimensions de la pratique qui ont été considérées pour évaluer l'étendue de la pratique infirmière dans trois études (Déry, d'Amour et Roy, 2017) sont : l'évaluation et la planification des soins; l'enseignement au patient et à sa famille; la communication et la coordination des soins; l'intégration et l'encadrement du personnel; l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins; ainsi que la mise à jour et l'utilisation des connaissances. À la lumière des évaluations de ces dimensions dans certains domaines de soins, il semble qu'une proportion importante d'infirmières ne pratiquent pas en utilisant l'étendue de toutes leurs compétences et ont donc une pratique dite « non optimale ». Sachant que la pleine étendue de la pratique infirmière est source de performance pour les systèmes de santé et source de l'exercice d'un plus grand leadership (Déry et al., 2017), pourquoi ne pas tenter de maximiser le potentiel de notre pratique?

***La compétence politique des étudiants en sciences infirmières mérite d'être développée plus avant.***

#### **La pratique infirmière avancée**

Une autre modalité pour en arriver à exercer un leadership politique est la pratique infirmière avancée (PIA), une réponse à la complexité croissante des soins et à l'évolution des connaissances. La PIA, qui comprend les rôles d'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) et d'infirmière praticienne spécialisée (IPS), se développe dans nombre de pays, comme le souligne un document phare publié en 2010 et qui synthétise les avancées dans 12 pays (Delamare et Lafortune, 2010). De même, un document consensuel publié récemment par le SIDIEF (2018) résume les avancées dans les pays de la francophonie. Compte tenu des effets positifs bien documentés de la PIA sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins, de même que sur la réduction des coûts et la satisfaction des personnes et de leurs proches, pour ne nommer que ces quelques indicateurs de résultats, des énoncés

stratégiques qui font consensus sont présentés dans ce texte eu égard, entre autres, à la définition de la PIA, aux rôles, aux compétences et à la formation supérieure requise ainsi qu'à l'importance du leadership en pratique infirmière avancée.

### La formation est un vecteur de l'engagement politique.

#### Des modèles contemporains de collaboration

Développer des modèles de collaboration et de démocratisation des soins de santé, des modèles où, par exemple, le patient est partenaire, est une autre façon d'affirmer notre leadership politique. Quel privilège pour les infirmières et quelle avenue pour exercer un leadership que de travailler de concert avec le citoyen! Depuis fort longtemps et quel que soit le modèle conceptuel de soins que les infirmières adoptent dans leur pratique quotidienne, le patient est considéré comme le partenaire des soins infirmiers. La notion de patient partenaire, véhiculée depuis quelques années dans le curriculum de plusieurs professions de la santé, est loin d'être une nouveauté pour les infirmières. Néanmoins, celles-ci n'en ont pas fait la promotion et n'ont pas réclamé le leadership qui aurait pu leur revenir dans cette approche partenariale de soins. Un récent article du *Devoir* met de l'avant un modèle novateur de formation des professionnels de la santé à la collaboration interdisciplinaire en partenariat avec le patient (Poitras, 2018), modèle porteur pour l'affirmation du leadership dans lequel les infirmières pourraient s'engager encore davantage compte tenu de leur longue histoire de partenariat avec les patients et les familles.

#### CONCLUSION

Sans prétendre à l'exhaustivité, quelques pistes permettant d'accroître notre leadership politique se dégagent de cette réflexion. Démontrer ce que nous faisons et ce que nous sommes capables de faire devient, dans cette perspective, une responsabilité et une question d'imputabilité sociale. Considérant l'internationalisation et l'absence grandissante de frontières, pourquoi ne pas prendre la parole de façon solidaire face à de grands enjeux sociétaux et mondiaux? La réduction des iniquités, l'accès aux soins de santé pour tous et les soins aux populations migratoires font partie de notre quotidien et sont, à titre d'exemples, des enjeux qui s'offrent à nous pour l'exercice de notre leadership.

Les infirmières occupent une position stratégique leur permettant, grâce à leurs savoirs et à leurs habiletés, de s'engager dans l'action politique pour façonner l'avenir et faire une différence. Les fenêtres d'occasions qui permettent le changement sont là, près de nous, disponibles. Il nous faut les saisir en temps opportun. Sommes-nous prêtes à nous engager vers l'avenir en exerçant notre leadership politique pour faire une réelle différence dans les soins que nous offrons à la population? Certaines réalités sont, il faut le reconnaître, difficiles, voire impossibles à modifier, mais comme le disait si bien l'acteur James Dean, « puisqu'on ne peut changer la direction du vent, il faut apprendre à orienter les voiles... ». Les infirmières peuvent réaliser avec brio cet objectif d'orienter différemment les voiles en vue de contribuer activement aux changements nécessaires visant à faire une différence dans un système de santé en mutation qui se complexifie. La reconnaissance de notre profession ne pourra qu'en bénéficier, ce que nous souhaitons toutes. j'en suis convaincue. ●

#### L'AUTEURE

FRANCINE DUCHARME  
inf., Ph. D.

Doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, professeure titulaire et chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Elle a été chercheuse boursière et titulaire de la Chaire de recherche Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille pendant quinze ans. Elle est membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé.

#### RÉFÉRENCES

- Bourgault, P., Ducharme, F., Brousseau, S., Cloutier, F., Gagnon, A., Lavoie, M., Milhomme, D. et Tremblay, M. (2018, 7 mars). « Il est urgent de revaloriser la profession ». La Presse+ (section Débats). Repéré à [http://mi.lapresse.ca/screens/6acef943-882a-4ce4-bf06-1fb073ee7280\\_7C\\_\\_\\_0.html?utm\\_medium=Email&utm\\_campaign=Microsite+Share&utm\\_content=Screen](http://mi.lapresse.ca/screens/6acef943-882a-4ce4-bf06-1fb073ee7280_7C___0.html?utm_medium=Email&utm_campaign=Microsite+Share&utm_content=Screen)
- Cohen, Y. et Pepin, J. (2018, 15 mars). « La souffrance au travail et la reconnaissance professionnelle des infirmières » [Blogue]. Huffington Post. Repéré à [https://quebec.huffingtonpost.ca/yolande-cohen/la-souffrance-au-travail-et-la-reconnaissance-professionnelle-des-infirmieres\\_a\\_23386009/](https://quebec.huffingtonpost.ca/yolande-cohen/la-souffrance-au-travail-et-la-reconnaissance-professionnelle-des-infirmieres_a_23386009/)
- Cohen, Y., Pepin, J., Lamontagne, E. et Duquette, A. (2002). « Les sciences infirmières – Genèse d'une discipline ». Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Déry, J., D'Amour, D. et Roy, C. (2017). « L'étendue optimale de la pratique infirmière ». *Perspective infirmière*, 14(1), 51-55.
- Ducharme, F. (2001). « La recherche, voie privilégiée de développement du savoir infirmier ». *L'infirmière du Québec*, 8(4), 23-34.
- Ducharme, F. (2013). « Des résultats probants... à la politique? » *Perspective infirmière*, 10(2), 31-36.
- Ducharme, F. (2014). « Psychoeducational interventions for family caregivers of seniors across their life trajectory: An evidence-based research program to inform clinical practices ». *Advances in Geriatrics*, 214(316203). Repéré à <http://dx.doi.org/10.1155/2014/316203>
- Krol, A. (2018, 12 février). « L'heure des infirmières ». La Presse+ (section Débats). Repéré à [http://plus.lapresse.ca/screens/e772a96c-3356-413e-8a61-4764a65076c9\\_7C\\_\\_\\_0.html](http://plus.lapresse.ca/screens/e772a96c-3356-413e-8a61-4764a65076c9_7C___0.html)
- Laliberté, C. (2018, 18 février). « Infirmières praticiennes spécialisées: un pas important dans la bonne direction » [Blogue]. Huffington Post. Repéré à [https://quebec.huffingtonpost.ca/christine-laliberte/infirmieres-praticiennes-specialisees-un-pas-important-dans-la-bonne-direction\\_a\\_23363926/](https://quebec.huffingtonpost.ca/christine-laliberte/infirmieres-praticiennes-specialisees-un-pas-important-dans-la-bonne-direction_a_23363926/)
- Lasalle, M. (2018). « Leadership: que dit la recherche? ». *Revue Les diplômés – UdeM Nouvelles*. Repéré à <https://nouvelles.umontreal.ca/article/2018/05/07/leadership-que-dit-la-recherche/>
- Lomas, J. (2005). « Using research to inform healthcare managers' and policy makers' questions: From summative to interpretive synthesis ». *Health Care Policy*, 1(1), 55-71. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585236/pdf/policy-01-55.pdf>
- Mannix, J., Wilkes, L. et Daly, J. (2013). « Attributes of clinical leadership in contemporary nursing: An integrative review ». *Contemporary Nurse*, 45(1), 10-21. Repéré à doi:10.5172/conu.2013.45.1.10
- Ministère de la Famille et des Aînés. (2008). « Préparons l'avenir avec nos aînés – Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés ». Québec: MFA, 168 p. Repéré à [https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/rapport\\_consultation\\_aines.pdf](https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/rapport_consultation_aines.pdf)
- Ministère de la Famille et des Aînés/Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). « Vieillir et vivre ensemble – Chez soi, dans sa communauté, au Québec ». Québec: Gouvernement du Québec, 200 p. Repéré à <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>
- Ministère de la Famille. (2017). « Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées, 2017-2022 ». Québec: Gouvernement du Québec, 85 p. Repéré à <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/plan-action-maltraitance-2017-2022.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). « Chez soi : le premier choix – La politique de soutien à domicile ». Québec: MSSS, 45 p. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf>
- Delamaire, M. et Lafortune, G. (2010). « Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries ». *OECD Health Working Papers*, (54). Paris: OECD. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en.pdf>
- Pepin, J., Ducharme, F. et Kerouac, S. (2017). « La pensée infirmière » (4<sup>e</sup> éd.). Montréal: Chenelière.
- Poitras, A. (2018, 27 janvier). « Le patient, une précieuse source de savoir ». *Le Devoir* (cahier spécial). Repéré à <https://www.ledevoir.com/societe/sante/518372/le-patient-une-precieuse-source-de-savoir>
- Russell, G. E. et Fawcett, J. (2005). « The conceptual model for nursing and health policy revisited ». *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 6(4), 319-326. Repéré à <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1527154405283304>
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone. (2011). « La formation universitaire des infirmières et infirmiers: une réponse aux défis des systèmes de santé » [Mémoire]. Montréal: SIDIEF.
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone. (2015). « La qualité des soins et la sécurité des patients – Une priorité mondiale [Mémoire]. Montréal: SIDIEF.
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone. (2017). « Infection au VIH en Afrique francophone – Miser sur la profession infirmière: une stratégie gagnante » [Prise de position]. Montréal: SIDIEF.
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone. (2018). « La pratique infirmière avancée. Vers un consensus au sein de la francophonie » [Étude réalisée par Diane Morin]. Montréal: SIDIEF.
- Shojania, K. G., Sampson, M., Ansari, M. T., Doucette, S. et Moher, D. (2007). « How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis ». *Annals of Internal Medicine*, 147(4), 224-233.
- Williams, M., Avolio, A. E., Ott, K. M. et Miltner, R. S. (2016). « Promoting a strategic approach to clinical nurse leader practice integration ». *Nursing Administration Quarterly*, 40(1), 24-32. Repéré à doi:10.1097/NAQ.0000000000000143

## Cas clinique MÉLANIE

Âgée de 24 ans, elle consulte l'infirmière du CLSC pour un dépistage des ITSS. Elle a fait un voyage dans les Caraïbes il y a un mois et elle a eu une relation sexuelle non protégée avec un homme qui vivait là-bas.

*(Évaluation et intervention, p. 58)*

# Vaccination contre le virus de l'hépatite B

## OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

### 01 SE RÉFÉRER

aux guides de pratique à utiliser pour offrir une vaccination adéquate contre l'hépatite B.

### 02 APPLIQUER

les recommandations des principaux guides de pratique au Québec en ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite B.

### 03 INTERVENIR

de manière adaptée selon la situation de la personne évaluée.

par GENEVIÈVE BOILY, B. Sc. inf., M. Sc.

Depuis plus de deux siècles, des travaux ont lieu afin de développer de nouvelles formes d'immunisation contre des infections graves comme la variole, la diphtérie, le tétanos, la tuberculose, la poliomyélite et la rougeole (Association canadienne de santé publique, 2018). L'immunisation a depuis longtemps montré son efficacité pour lutter contre un ensemble de maladies infectieuses. Un des cas les plus notoires est sans doute l'éradication mondiale de la variole en 1980, à la suite d'efforts massifs de vaccination contre cette terrible maladie infectieuse.

Au Québec, des programmes de vaccination ont été développés en visant des objectifs de santé publique. Ils permettent d'offrir des vaccins gratuitement à la population selon différents critères comme le fardeau de la maladie, l'efficacité et la sécurité du vaccin, le rapport coût-efficacité de l'intervention et l'acceptabilité du vaccin (MSSS, 2018b).

L'hépatite B est une infection virale qui s'attaque au foie. Elle peut être à l'origine de maladies aiguës ou chroniques. Le virus se transmet par contact avec le sang ou d'autres fluides corporels provenant d'une personne infectée (Organisation mondiale de la Santé, 2017). En 1983, la vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB) a été implantée auprès de certains groupes à risque élevé de la population, dont les nouveau-nés de mères infectées par le VHB (Encadré 1). Au fil des ans, de nouveaux groupes considérés à risque ont été inclus et, en 1994, le programme a été élargi pour inclure entre autres les élèves de la 4<sup>e</sup> année du primaire (MSSS, 2018c). Depuis 2013, la vaccination vise également les nourrissons afin d'augmenter la couverture vaccinale, de diminuer le nombre d'injections liées à la vaccination et de réduire le risque déjà faible de contracter l'hépatite B durant l'enfance (MSSS, 2015).

L'infirmière participe aux interventions de vaccination depuis le début des programmes d'immunisation. Elle occupe un rôle majeur à cet égard et a développé une expertise dans ce domaine. L'adoption en 2002 de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* est venue confirmer et renforcer cette expertise en faisant de l'immunisation une activité infirmière, et non plus un acte délégué par des médecins (INSPQ, 2005). L'infirmière peut donc procéder à l'administration de produits immunisants, vaccins ou immunoglobulines, conformément aux recommandations du *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ), et ce, sans prescription médicale, en plus d'assurer les suivis indiqués. Ce rôle central lui confère également la responsabilité de « promouvoir et recommander la vaccination après en avoir expliqué les risques et les avantages » et de maintenir ses connaissances à jour (OIIQ, 2007).

Plusieurs contextes sont pertinents pour commencer ou compléter la vaccination contre le VHB. Selon les lignes directrices émises par le Comité consultatif national de l'immunisation (2006) et entérinées par le PIQ, « les vaccinoteurs devraient profiter de toutes les consultations cliniques pour s'enquérir de l'état vaccinal et, au besoin, procéder à la vaccination ». Selon le contexte, l'infirmière qui évalue le risque d'infection au VHB et la pertinence de tester ou de vacciner cette personne utilise différents guides de pratique dont le PIQ, le *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (GQDITSS) ou le *Guide d'intervention santé-voyage*. Comme la santé-voyage est un domaine de pratique spécifique touchant peu de professionnels, cet article se concentre sur les recommandations du PIQ et du GQDITSS.

#### Encadré 1 IMMUNOGÉNÉICITÉ ET EFFICACITÉ DU VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B

Les calendriers de vaccination contre l'hépatite B recommandés dans le PIQ assurent une protection adéquate contre le virus chez 95 % des personnes vaccinées. Toutefois, la réponse immunitaire varie selon l'âge et l'état de santé de la personne vaccinée. Par exemple, les personnes vaccinées à un âge supérieur à 40 ans ont une réponse immunitaire moins satisfaisante. En revanche, les jeunes vaccinés à l'âge de 19 ans ou moins montrent une forte réponse immunitaire, et ce, même après seulement deux doses (MSSS, 2018h). Le vaccin combinant l'hépatite A et l'hépatite B montre une efficacité et des taux de séroconversion comparables ou supérieurs aux vaccins monovalents contre l'hépatite A et contre l'hépatite B (MSSS, 2018g).

#### PROTOCOLE D'IMMUNISATION DU QUÉBEC : RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE VACCINATION

Pour l'hépatite B, le PIQ recommande différents calendriers vaccinaux selon les spécificités de la personne comme l'âge, l'immunocompétence ou l'utilisation de drogues par injection. Le PIQ donne également des précisions concernant les intervalles minimaux et les recommandations post-vaccinales comme la recherche sérologique d'anticorps. Que ce soit lors de l'initiation de la vaccination ou de l'évaluation de l'histoire vaccinale, il importe de se référer au calendrier recommandé selon l'âge de la personne au moment de la vaccination.

Le PIQ identifie également les groupes à vacciner contre l'hépatite B et précise si le vaccin est offert gratuitement dans le cadre d'un programme public ou s'il est recommandé, mais aux frais de la personne vaccinée (Encadré 2).

#### Encadré 2 EXEMPLES D'INDICATIONS D'ADMINISTRER GRATUITEMENT LE VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B

- Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
- Personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels<sup>1</sup>
- Personnes qui ont eu récemment une infection transmissible sexuellement et leurs partenaires sexuels
- Utilisateurs de drogues par injection
- Utilisateurs de drogues dures par inhalation (p. ex., crack, cocaïne) qui partagent leur matériel de consommation (p. ex., paille, cuillère)
- Personnes atteintes de certaines maladies chroniques (p. ex., virus de l'hépatite C, cirrhose, hémophilie)
- Personnes qui ont des contacts sexuels ou qui vivent avec un porteur du VHB
- Contacts domiciliaires d'un enfant adopté qui provient d'un pays où l'hépatite B est endémique
- Étudiants qui courent un risque professionnel d'être exposés au sang ou aux produits sanguins

1. À titre indicatif, dans le contexte de la vaccination, on peut retenir la définition suivante : avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours de la dernière année (MSSS, 2016).  
Source : MSSS, 2018h.

#### GUIDE QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DES ITSS : RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE

Lors de la mise à jour 2017 du GQDITSS, les indications pour le dépistage de l'hépatite B sont demeurées globalement les mêmes et sont présentées dans l'outil *ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés* (MSSS, 2017a). Cette mise à jour a toutefois apporté des précisions sur les analyses à effectuer lorsque le dépistage est indiqué, analyses qui peuvent varier d'une personne à l'autre. Celles qui sont recommandées pour le dépistage de l'hépatite B sont présentées à l'aide d'un algorithme décisionnel dans l'outil *Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez la personne asymptomatique* (Figure 1) (MSSS, 2017b).

Ces recommandations tiennent compte de l'histoire vaccinale de la personne, de ses risques d'avoir été exposée à l'hépatite B avant le moment où elle a été vaccinée, de maladies sous-jacentes susceptibles de diminuer sa réponse au vaccin, ainsi que du résultat de dosage d'anticorps « anti-HBs » lorsqu'il est disponible. Bien que cet élément soit nouveau dans le contexte du dépistage de l'infection, l'infirmière est déjà au fait de cette analyse puisque le PIQ précise les situations où elle serait indiquée.

#### MISES EN SITUATION CLINIQUES

Les quatre vignettes suivantes illustrent une variété de situations que l'infirmière peut rencontrer et lors desquelles elle devra évaluer l'histoire vaccinale contre l'hépatite B et offrir la vaccination selon les recommandations des guides de pratique. Ces situations combinent des interventions de dépistage et de vaccination afin de clarifier comment ces deux interventions sont complémentaires pour prévenir l'infection et sa transmission, et comment l'infirmière peut intervenir adéquatement en vue de protéger la santé de la population à risque. Les situations cliniques présentées concernent toutes des personnes immunocompétentes. Les recommandations visant les femmes enceintes, les personnes vivant avec le VIH ou les personnes immunosupprimées sont détaillées dans l'outil *Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez la personne asymptomatique* (Figure 1) (MSSS, 2017b).

## Cas clinique N° 1. MÉLANIE

**Facteur de risque :** partenaire sexuel anonyme  
 Âgée de 24 ans, elle consulte l'infirmière du CLSC pour un dépistage des ITSS. Elle a fait un voyage dans les Caraïbes il y a un mois et elle a eu une relation sexuelle non protégée avec un homme qui vivait là-bas.

### Évaluation

**Facteurs de risque pour l'hépatite B :** l'infirmière identifie deux facteurs de risque pour les ITSS, soit avoir eu une relation sexuelle avec un partenaire anonyme et que ce partenaire est originaire d'un pays où certaines infections, dont l'hépatite B, sont endémiques.

**Histoire vaccinale contre l'hépatite B :** elle a été vaccinée contre l'hépatite B dans le cadre du programme d'immunisation en milieu scolaire en 4<sup>e</sup> année du primaire.

### Intervention

**Dépistage de l'hépatite B :** comme Mélanie a été vaccinée adéquatement en 4<sup>e</sup> année du primaire et qu'elle n'a pas eu d'exposition à risque avant cet âge, elle est considérée comme immune contre le VHB et n'a pas besoin de dépistage pour cette infection. Toutefois, vous proposerez un dépistage pour les autres ITSS selon les recommandations du GQDITSS.

**Vaccination contre l'hépatite B :** aucun vaccin contre l'hépatite B n'est recommandé pour Mélanie. Comme le programme de vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire est en œuvre depuis 1994 et que le rattrapage de vaccination a touché les personnes nées depuis 1983, la situation présentée ci-haut, où la personne a été vaccinée adéquatement lorsqu'elle était âgée de 19 ans ou moins, est assez fréquente et ne nécessite pas de dépistage ou de vaccination supplémentaire pour l'hépatite B. Toutefois, certaines situations, comme les suivantes, nécessiteront un dépistage, une vaccination, ou les deux.

## Cas clinique N° 2. STEVE

**Facteur de risque :** homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)

Âgé de 32 ans, il consulte à la clinique de son quartier pour un dépistage des ITSS, car son dernier dépistage remonte à près de deux ans. En plus de lui offrir un dépistage des ITSS, vous évaluez son histoire vaccinale.

### Évaluation

**Facteurs de risque pour l'hépatite B :** au cours des deux dernières années, il a eu une relation de plus d'un an avec un partenaire et, après sa rupture amoureuse, il a eu cinq ou six partenaires sexuels masculins, principalement rencontrés en ligne. Il ne consomme pas de drogue et ne voyage pas à l'extérieur du Canada ou des États-Unis.

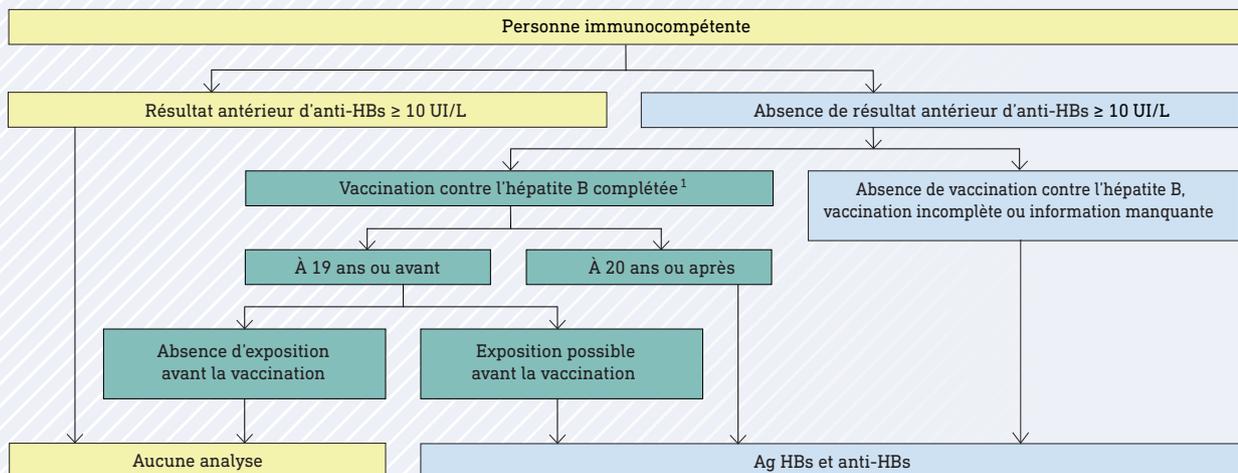
**Histoire vaccinale contre l'hépatite B :** il y a deux ans, il a accepté de recevoir une dose du vaccin combiné contre l'hépatite A et l'hépatite B. Trop occupé, il n'a pas reçu les doses suivantes.

### Intervention

**Dépistage de l'hépatite B :** Steve a deux facteurs de risque d'hépatite B, puisqu'il a des relations sexuelles avec d'autres hommes et qu'il a eu des relations sexuelles avec plus de trois partenaires dans la dernière année (MSSS, 2017a). Selon le GQDITSS (**Figure 1**), vous demandez une recherche de l'AgHBs pour dépister l'hépatite B et de l'anti-HBs pour évaluer la présence d'anticorps, car Steve est une personne immunocompétente, qui n'a pas de résultat antérieur d'anti-HBs  $\geq 10$  UI/L et n'a pas complété sa vaccination selon le calendrier du PIQ (MSSS, 2017b). La recherche sérologique des anticorps est indiquée, car il s'agit d'une personne ayant couru un grand risque d'infection par le VHB dans le passé (MSSS, 2018h). Steve a également une indication de dépistage d'autres ITSS et vous lui offrez ce dépistage selon les recommandations du GQDITSS (MSSS, 2017a).

**Vaccination contre l'hépatite B :** vous offrez de compléter la vaccination gratuitement dès aujourd'hui pour prévenir l'infection, car il présente une indication de vaccination selon le PIQ (**Encadré 2**) (MSSS, 2018h). Au besoin, les recommandations vaccinales ultérieures seront ajustées selon les résultats de dépistage et les recommandations du PIQ (p. ex., si le dépistage de l'AgHBs se révélait positif ou si les anti-HBs étaient  $\geq 10$  UI/L). Vous offrez également de compléter la vaccination contre l'hépatite A, car le vaccin est indiqué et gratuit pour les HARSAH (MSSS, 2018f).

Figure 1  
 ANALYSES RECOMMANDÉES POUR LE DÉPISTAGE DE L'HÉPATITE B



Note 1 : La vaccination est considérée comme complétée lorsque la personne présente une preuve écrite ou exprime une affirmation convaincante basée sur son souvenir, son âge et l'année d'introduction du programme de vaccination contre l'hépatite B en 4<sup>e</sup> année du primaire (1994).

Source : MSSS, 2017b. © Gouvernement du Québec, 2017 (reproduction autorisée).

### Cas clinique N° 3. MATHIEU

**Facteur de risque :** consommation de drogues par inhalation  
 Âgé de 23 ans, il consulte à la clinique de santé de l'université, car il vit beaucoup de stress et il a de la difficulté à poursuivre ses études. Il consomme occasionnellement de la cocaïne par inhalation avec des amis. En plus d'évaluer sa santé mentale et sa consommation, vous évaluez ses risques d'ITSS et son histoire vaccinale.

#### Évaluation

**Facteurs de risque pour l'hépatite B :** il avait une copine stable avant de commencer ses études, mais la relation s'est terminée. Il n'a pas eu de relation sexuelle depuis un an. Lorsqu'il consomme de la cocaïne avec ses amis, il partage la même paille qu'eux.

**Histoire vaccinale contre l'hépatite B :** il a été vacciné il y a deux ans, avant d'aller en voyage dans le Sud. Il a reçu toutes les doses recommandées.

#### Intervention

**Dépistage de l'hépatite B :** selon le GQDITSS, Mathieu a une indication de dépistage de l'hépatite B, car il a consommé de la cocaïne par inhalation, mais cette indication doit être évaluée en fonction de l'histoire vaccinale (MSSS, 2017a). Il n'a pas de résultat antérieur d'anti-HBs  $\geq 10$  UI/L, car, dans son cas, le PIQ ne recommandait pas la recherche sérologique post-vaccinale. Sa vaccination a été complétée, mais il a été vacciné à l'âge de 21 ans. Vous effectuez le dépistage par la recherche de l'AgHBs et vous dosez les anti-HBs (**Figure 1**) (MSSS, 2017b). Cette recommandation tient compte de l'immunogénicité du vaccin un peu plus faible chez les personnes de 20 ans et plus que chez les moins de 20 ans (**Encadré 1**) et du fait que Mathieu a été exposé à un risque qui justifie le dépistage. Comme ce risque pourrait persister, le résultat du dosage de l'anti-HBs permettra de déterminer la pertinence d'une dose additionnelle du vaccin selon les recommandations du PIQ. Mathieu a également une indication de dépistage d'autres ITSS et vous lui offrez ce dépistage selon les recommandations du GQDITSS (MSSS, 2017a).

**Vaccination contre l'hépatite B :** a priori, il n'est pas recommandé de vacciner Mathieu contre l'hépatite B (ou contre l'hépatite A), car sa vaccination a été complétée<sup>2</sup>. Toutefois, vous devrez réévaluer la pertinence de le vacciner à nouveau selon le résultat d'analyse. Le PIQ recommande d'effectuer la sérologie un à six mois après la vaccination si elle est indiquée. Pour Mathieu, le dosage des anticorps est effectué lors du dépistage, soit plus de six mois après la série vaccinale. Il est considéré à risque d'infection au VHB et on veut s'assurer d'une protection adéquate pour prévenir l'infection. Si la recherche d'anti-HBs s'avère inférieure à 10 UI/L, il est recommandé d'offrir une dose de vaccin et de refaire le dosage des anticorps un à deux mois plus tard (MSSS, 2018h). Si le dosage est supérieur à 10 UI/L après ce rappel, il n'est pas requis de revacciner Mathieu, car il est considéré immun. Toutefois, si le dosage est à nouveau inférieur à 10 UI/L, il est recommandé de poursuivre la vaccination selon le calendrier pour l'âge et de répéter le dosage (MSSS, 2018h). Vous offrirez également un counseling à Mathieu sur la consommation de drogue et le partage de matériel pour prévenir des infections non évitables par la vaccination, comme l'hépatite C ou le VIH.

2. Selon le GQDITSS, l'infirmière considère que la vaccination est complétée si la personne présente une preuve écrite ou exprime une affirmation convaincante concernant son souvenir, son âge et l'année d'introduction du programme de vaccination contre l'hépatite B en 4<sup>e</sup> année du primaire (MSSS, 2017b).

### Cas clinique N° 4. YVETTE

**Facteur de risque :** originaire d'un pays où l'hépatite B est endémique

Âgée de 17 ans, elle consulte l'infirmière scolaire pour sa contraception hormonale. Elle est active sexuellement depuis l'âge de 15 ans. En plus d'intervenir pour sa raison de consultation, vous abordez avec elle le risque d'ITSS et vous vérifiez son histoire vaccinale.

#### Évaluation

**Facteurs de risque pour l'hépatite B :** elle a eu un copain durant un an et a un nouveau partenaire depuis quelques mois. Arrivée au Québec avec sa famille à l'âge de 8 ans, elle est née dans un pays endémique pour le VHB. Elle n'a jamais eu de dépistage des ITSS.

**Histoire vaccinale contre l'hépatite B :** elle a reçu ses vaccins contre l'hépatite B en 4<sup>e</sup> année du primaire.

#### Intervention

**Dépistage de l'hépatite B :** Yvette est originaire d'un pays où l'hépatite B est endémique. Il s'agit d'un facteur de risque pour l'hépatite B et d'une indication de dépistage (MSSS, 2017a). L'immunogénicité et l'efficacité de la vaccination contre l'hépatite B chez une personne de 19 ans et moins est excellente. On considère que les personnes vaccinées jusqu'à l'âge de 19 ans sont immunes et n'ont pas besoin de dépistage ou de vaccination supplémentaire pour l'hépatite B. Toutefois, si la personne a complété sa vaccination à 19 ans ou avant, mais qu'elle peut avoir été exposée à l'hépatite B avant sa vaccination (par ex., parce qu'elle provient d'un pays où l'infection est endémique), il est recommandé d'effectuer le dépistage de l'AgHBs et de doser les anticorps par la même occasion (**Figure 1**) (MSSS, 2017b). Yvette a vécu dans un pays endémique pour le VHB jusqu'à l'âge de 8 ans. Elle aurait pu être déjà infectée au moment de la vaccination en 4<sup>e</sup> année du primaire, ce qui la rendrait inutile. Il est donc recommandé de dépister Yvette pour l'hépatite B.

**Vaccination contre l'hépatite B :** a priori, aucune vaccination n'est requise lors de la consultation. La vaccination supplémentaire sera déterminée selon les résultats d'analyse (par ex., si les anti-HBs étaient  $< 10$  UI/L).

En plus de ces situations, il importe d'insister sur le fait qu'une personne n'ayant jamais été vaccinée contre l'hépatite B et faisant partie des groupes à risque de cette infection devrait se voir offrir une vaccination sans délai, l'objectif principal de la vaccination étant d'éviter l'infection et, ainsi, d'interrompre la transmission de l'infection dans la population.

*Pour minimiser le risque de nouveaux cas, il est important de poursuivre les efforts de vaccination et de dépistage lorsqu'ils sont indiqués.*



# WHITE CROSS



Besoin de changer votre garde-robe?  
Visitez notre nouveau site internet  
dédié aux membres de l'OIIQ!

[www.whitecross.quebec](http://www.whitecross.quebec)

## MEILLEURES PRATIQUES EN MATIÈRE DE VACCINATION

Une fois l'indication de vaccination contre l'hépatite B déterminée, le PIQ rappelle de vérifier également les indications pour le vaccin contre l'hépatite A, car plusieurs de ces indications sont semblables. Dans l'éventualité d'une indication pour les deux vaccins, l'infirmière pourra plutôt suivre les recommandations du vaccin combiné contre ces deux infections (MSSS, 2018h).

Dans tous les cas, la vérification des contre-indications est primordiale. Pour l'hépatite B, la seule contre-indication est une « anaphylaxie suivant l'administration d'une dose antérieure du même vaccin ou d'un autre produit ayant un composant identique » (MSSS, 2018h). Le PIQ rappelle également certaines précautions à propos de la vaccination, notamment lorsque la réponse immunitaire peut être affectée, ce qui pourrait justifier un report. L'information à ce sujet est présentée dans la section *Vaccinologie pratique* du PIQ et dans la section réservée à chacun des vaccins.

Si aucune contre-indication n'empêche l'administration du vaccin, l'infirmière devra :

- expliquer les avantages et les risques de recevoir le vaccin contre l'hépatite B en comparaison avec les risques de l'acquisition de la maladie, et fournir les recommandations à ce sujet, afin d'obtenir un consentement libre et éclairé. Des feuillets d'information dans le PIQ permettent de fournir les renseignements adéquats à la personne vaccinée ou à son représentant légal (MSSS, 2018a);
- expliquer la prise en charge dans l'éventualité où des effets indésirables ou une réaction anaphylactique surviendraient lors de la vaccination (MSSS, 2018d).

Il faut savoir que, dans certains cas, un consentement écrit ou téléphonique devant témoin peut être requis. On peut consulter la section «Consentement à la vaccination» du PIQ pour plus d'information.

De plus, un document a été rédigé à l'intention des vaccinateurs afin de répondre spécifiquement aux questions touchant la vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire. Il explique en détail ce programme de vaccination et précise certaines situations particulières (MSSS, 2017c). Ce document peut aider l'infirmière à mieux intervenir et à expliquer son intervention à la personne vaccinée ou au parent.

L'ensemble des consignes de préparation du vaccin sont présentées dans le PIQ. L'infirmière y trouvera toutes les informations sur la voie d'administration pour chaque vaccin, le nombre de doses, les intervalles recommandés entre les doses et la posologie selon l'âge.

### Encadré 3

#### EXTRAIT DE LA PRATIQUE VACCINALE RECOMMANDÉE

Tout vaccinateur doit :

- Vérifier, avant de lui administrer un vaccin, le statut et l'histoire vaccinale de la personne;
- Déterminer la pertinence de vacciner la personne à la lumière des données recueillies, des indications et des contre-indications;
- Renseigner la personne ou son représentant légal sur les avantages et les risques de l'immunisation;
- Obtenir le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal avant de procéder à la vaccination;
- Respecter les indications, la posologie, la voie d'administration, les techniques d'injection et d'atténuation de la douleur et de l'anxiété ainsi que le calendrier d'immunisation;
- Respecter les consignes pour la manipulation et la conservation des produits immunisants;
- Noter les immunisations dans le dossier et le carnet de vaccination;
- Inscrire les immunisations dans le registre de vaccination;
- Assurer la surveillance requise immédiatement après la vaccination. Respecter la conduite à tenir en cas de réactions à la suite de la vaccination (y compris l'administration d'adrénaline);
- Déclarer au directeur de santé publique de son territoire, dans les plus brefs délais, toute manifestation clinique inhabituelle survenue chez une personne qui a reçu un vaccin.

Source : MSSS, 2018e.



## COUP D'ŒIL SUR LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES

### Activités réservées prédominantes en lien avec cet article

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.

Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.

Effectuer le suivi infirmier des patients présentant des problèmes de santé complexes.

Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*.

Source : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, (2018). *Champs d'exercice et activités réservées de l'infirmière*.

### Cadre réglementaire

- *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (RLRQ, chapitre I-8), art. 36 portant sur le champ d'exercice et les activités réservées.
- *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (2002, chapitre 33), art. 12.
- *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*, 3<sup>e</sup> éd. (2016).

### Balises déontologiques

- *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, dont l'article 45.



# Îles de la Madeleine

## Joins-toi à l'équipe!

### Les avantages de venir aux Îles

- Poste de 14/28 sur 2 quarts
- Prime annuelle d'éloignement variant entre 6 911 \$ et 10 300 \$ au prorata des heures travaillées
- Frais de déménagement et de déplacement payés
- Sortie annuelle au frais de l'employeur pour l'employé et personnes à charge
- Pratique diversifiée
- Comité de relève infirmière
- Accès aux spécialités rapidement

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
des Îles

Québec 

recrutement.archipel@ssss.gouv.qc.ca  
www.cisssdesiles.com  
418-986-2121 poste 8312

Pour l'hépatite B, le PIQ propose plusieurs calendriers vaccinaux selon l'âge ou le statut d'immunosuppression, par exemple (MSSS, 2018h). Il importe d'utiliser le bon calendrier pour la personne à vacciner afin de favoriser une réponse immunitaire optimale. En vertu de son code de déontologie, l'infirmière doit maintenir à jour ses compétences afin d'intervenir conformément aux normes de pratique reconnues (OIIQ, 2007). Il existe des formations à l'intention des infirmières pour répondre à ce besoin, dont une formation de base sur l'immunisation offerte en ligne par l'Institut national de santé publique du Québec. Pour plus d'information, on peut consulter le site Web de l'OIIQ.

## CONCLUSION

Le nombre de cas déclarés d'hépatite B aiguë à chaque année a fortement diminué depuis l'introduction du programme de vaccination en milieu scolaire, au point où l'infection a presque disparu des cohortes vaccinées (MSSS, 2018i). On note une diminution de l'incidence d'hépatite B aiguë de 97 % entre 1990 et 2013 (Porgo et al., 2015) et une diminution de près de 60 % du taux d'incidence de

l'ensemble des cas déclarés, y compris les cas d'infection chronique ou non précisée, entre 1994 et 2011. Depuis, ce taux est plutôt stable (INSPQ, 2017). La majorité des cas déclarés d'infection chronique sont des personnes originaires de pays où l'hépatite B est endémique (Porgo et al., 2015). Plusieurs personnes visées par le programme de vaccination contre l'hépatite B ne sont pas atteintes par nos interventions (INSPQ, 2017). Pour minimiser le risque de nouveaux cas, il est important de poursuivre les efforts de vaccination et de dépistage lorsqu'ils sont indiqués.

L'infirmière est au cœur de l'intervention populationnelle de vaccination. Bien qu'elle ne soit pas la seule professionnelle à pouvoir le faire, elle est ultimement la mieux placée pour offrir une vaccination adéquate aux populations visées par les programmes dans les écoles, les cliniques jeunesse, les centres locaux de santé communautaire (CLSC) ou les groupes de médecine familiale (GMF). Quel que soit son milieu de pratique, l'infirmière doit profiter de toutes les occasions pour évaluer l'histoire vaccinale de la personne et lui offrir les vaccins recommandés (OIIQ, 2007). ●

## L'AUTEURE

GENEVÈVE BOILY, B. Sc. inf., M. Sc.

Elle détient un baccalauréat en sciences infirmières et une maîtrise en santé communautaire. Professionnelle de l'Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang (Direction des risques biologiques et de la santé au travail) de l'INSPQ.

## REMERCIEMENTS

L'auteure remercie M. Vladimir Gilca, chercheur à l'Institut national de santé publique du Québec et au CHU de Québec-Université Laval, et la D<sup>re</sup> Claude Laberge, médecin-conseil à la Direction de la lutte contre les ITSS du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour leurs précieux commentaires.



## QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Cet article est accompagné d'un questionnaire en ligne donnant droit à des heures admissibles dans la catégorie formation accréditée.

## RÉFÉRENCES

Association canadienne de santé publique. (2018). «Chronologie de l'immunisation». Repéré à <https://www.cpha.ca/fr/chronologie-de-limmunisation>

Comité consultatif national de l'immunisation. (2016). «Lignes directrices nationales relatives à l'immunisation». Dans Guide canadien d'immunisation: Partie 1 – Information clé sur l'immunisation. Gouvernement du Canada. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-1-information-cle-immunisation/page-4-lignes-directrices-nationales-relatives-immunisation.html>

Institut national de santé publique du Québec. (2005). «L'infirmière et la vaccination: constats et recommandations», 97 p. INSPQ: Comité sur l'immunisation du Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/480-InfirmiereEtVaccination.pdf>

Institut national de santé publique du Québec. (2017). «Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec: année 2016 et projections 2017». Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/2324>

«Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Projet de loi n° 90», L.Q. 2002, c. 33.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). «Vaccin DCaT-HB-VPI-Hib – Questions et réponses à l'intention des professionnels de la santé». Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-278-14W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). «Vaccination et ITSS – Intervention préventive relative aux ITSS». Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000104/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017a). «ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés – Intervention préventive relative aux ITSS». Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000098/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017b). «Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques (dépistage) – Intervention préventive relative aux ITSS». Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000102/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017c). «Programme de vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire – Questions et réponses à l'intention des intervenants». Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001468/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017d). «Vigie – Interventions». Flash Vigie, 12(6). Repéré à [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashvigie/FlashVigie\\_vo12\\_n06.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashvigie/FlashVigie_vo12_n06.pdf)

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018a). «Protocole d'immunisation du Québec. Vaccin contre l'hépatite B». Repéré à [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/piq/feuilles\\_2018/F15\\_hepatite-b.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/piq/feuilles_2018/F15_hepatite-b.pdf)

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018b). «Protocole d'immunisation du Québec. Immunologie de la vaccination – Du vaccin au programme». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-immunologie-de-la-vaccination/du-vaccin-au-programme/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018c). «Protocole d'immunisation du Québec. Programmes et noms commerciaux des vaccins – Dates de début et de cessation des principaux programmes de vaccination gratuite au Québec». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-programmes-et-noms-commerciaux-des-vaccins/dates-de-debut-et-de-cessation-des-principaux-programmes-de-vaccination-gratuite-au-quebec/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018d). «Protocole d'immunisation du Québec. Responsabilités professionnelles et légales – Consentement à la vaccination». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-responsabilites-professionnelles-et-legales/consentement-a-la-vaccination/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018e). «Protocole d'immunisation du Québec. Responsabilités professionnelles et légales – Pratique vaccinale». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-responsabilites-professionnelles-et-legales/pratique-vaccinale/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018f). «Protocole d'immunisation du Québec. Vaccins HA: vaccin contre l'hépatite A». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/hepatite-a-ha/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018g). «Protocole d'immunisation du Québec. Vaccins HAHB: vaccin contre l'hépatite A et l'hépatite B». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/hab-vaccin-contre-l-hepatite-a-et-l-hepatite-b/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018h). «Protocole d'immunisation du Québec. Vaccins HB: vaccin contre l'hépatite B». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/hb-vaccin-contre-l-hepatite-b/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018i). «Protocole d'immunisation du Québec. Impacts des programmes de vaccination». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-impacts-des-programmes-de-vaccination/impact-de-certains-programmes-de-vaccination-au-quebec/#hepatite-b>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). «Protéger la population par la vaccination: une contribution essentielle de l'infirmière – Prise de position» (p. 10-11). Repéré à [https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/229\\_doc.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/229_doc.pdf)

Organisation mondiale de la Santé. (2017). «Hépatite B». Repéré à <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/fr/>

Porgo, T. V., Gilca, V., De Serres, G., Tremblay, M. et Skowronski, D. (2015). «Dramatic reduction in hepatitis B through school-based immunization without a routine infant program in a low endemicity region». BMC Infectious Diseases, 15, 227. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-015-0979-8>

**Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava**  
Ungava Tulattavik Health Center

**UNE OPPORTUNITÉ UNIQUE**  
Temps complet ou contrat court terme | Prime d'éloignement, de rétention, de vie chère et supplément salarial en points de services

Apprentissage progressif au travail en rôle élargi

Un Centre de Santé où l'on retrouve un Hôpital avec CLSC et six points de services sur la côte de l'Ungava

**VENEZ ÉVEILLER LE MEILLEUR EN VOUS!**

rh.ungava@ssss.gouv.qc.ca  
Tél. : 819 964-2905 | Téléc. : 819 964-2071

# RabaisCampus

DES CADEAUX DE NOËL POUR TOUS LES GOÛTS ET TOUS LES BUDGETS QUI DURENT TOUTE L'ANNÉE!

ABONNEZ-VOUS AVANT LE 21 DÉCEMBRE ET OBTENEZ UNE CARTE DE NOËL GRATUITE PAR INTERNET POUR ACCOMPAGNER VOTRE CADEAU!

<b>-67%</b> 1 an 449,89\$ 149,76\$	<b>-72%</b> 1 an 496,88\$ 139,88\$	<b>-20%</b> 1 an 293,89\$ 236,27\$	<b>-51%</b> 1 an 498,49\$ 245,19\$	<b>-30%</b> 1 an 54,45\$ 37,95\$	<b>14,95\$</b> 8 nos 21,92\$ 14,95\$	<b>19,95\$</b> 1 an 65,89\$ 19,95\$
<b>-39%</b> 1 an 57,50\$ 34,95\$	<b>-22%</b> 1 an 95,88\$ 74,95\$	<b>-22%</b> 1 an 99,60\$ 69,95\$	<b>-31%</b> 1 an 338,80\$ 94,95\$	<b>-58%</b> 1 an 387,40\$ 44,95\$	<b>-44%</b> 1 an+1 an 71,91\$ 39,99\$	<b>-40%</b> 1 an 51,66\$ 30,95\$
<b>-42%</b> 1 an 65,45\$ 37,95\$	<b>-46%</b> 1 an 89,40\$ 44,95\$	<b>-49%</b> 1 an 254,28\$ 129,95\$	<b>-53%</b> 1 an 391,88\$ 89,96\$	<b>-65%</b> 1 an 99,50\$ 34,95\$	<b>-40%</b> 1 an 41,70\$ 24,95\$	<b>-48%</b> 10 nos 49,50\$ 25,95\$
<b>19,95\$</b> 1 an 27,80\$ 19,95\$	<b>15,95\$</b> 1 an 27,80\$ 15,95\$	<b>-59%</b> 1 an 79,60\$ 32,95\$	<b>-22%</b> 1 an 95,40\$ 74,00\$	<b>-79%</b> 2 ans 283,36\$ 59,90\$	<b>-22%</b> 26 nos 161,20\$ 124,95\$	<b>16,95\$</b> 1 an 54,89\$ 16,95\$
<b>16,95\$</b> 1 an 54,89\$ 16,95\$	<b>-49%</b> 1 an 254,28\$ 129,95\$	<b>19,95\$</b> 1 an 35,70\$ 19,95\$	<b>-42%</b> 1 an 65,45\$ 37,95\$	<b>16,48\$</b> 1 an 59,70\$ 16,48\$	<b>-45%</b> 1 an 41,70\$ 22,95\$	<b>-58%</b> 1 an 165,88\$ 69,95\$
<b>19\$</b> 5 nos 89,75\$ 19,00\$	<b>-41%</b> 1 an 56,28\$ 32,95\$	<b>16,95\$</b> 1 an 54,90\$ 16,95\$	<b>-57%</b> 1 an 87,45\$ 37,95\$	<b>-43%</b> 1 an 87,40\$ 49,95\$	<b>-65%</b> 1 an 71,88\$ 24,95\$	<b>-41%</b> 1 an 64,35\$ 37,95\$

**LES PLUS BAS PRIX GARANTIS!**

**JUSQU'À 10\$ DE RABAIS SUPPLÉMENTAIRE!**  
(SUR ACHATS MULTIPLES)

**93 CADEAUX**  
À 20 \$ OU MOINS  
**330 TITRES**  
DISPONIBLES

**ABONNEZ-VOUS MAINTENANT:**  
[RABAISCAMPUS.COM/ASSO](http://RABAISCAMPUS.COM/ASSO) – 1 800 265-0180

Offre d'une durée limitée. Les prix rayés sont ceux en kiosque. Certaines conditions peuvent s'appliquer. Prix et disponibilité des publications sujets à changements sans préavis. Taxes en sus. Imprimé 11/2018



**PRIX**  
**FLORENCE**  
2019

**Soumettez une  
candidature**  
au plus tard le  
4 février 2019

## On gagne à se faire confiance

Dans un système de santé en transformation, les infirmières et infirmiers sont appelés à jouer un rôle plus grand en affirmant leur expertise et leur leadership.

Depuis 2003, les prix Florence saluent la contribution de huit professionnels engagés. Vous êtes entourés de collègues d'exception? En 2019, ce pourrait être leur tour.



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec

[oiiq.org/prix-florence](http://oiiq.org/prix-florence)



### Infection à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae*: mise à jour de l'article-questionnaire

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a publié au printemps 2018 une édition révisée de son guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique de l'infection non compliquée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*. En conséquence, nous avons procédé à la mise à jour de l'article-questionnaire publié initialement dans le numéro de novembre-décembre 2017. La version à jour (donnant droit à 2 heures admissibles dans la catégorie formation accréditée) peut être consultée sur le site Web de l'OIIQ, dans la section « Formations en ligne ».



### Anticoagulants oraux directs

Dans cet article (AOD) (septembre-octobre 2018), nous mentionnions que le charbon activé (CBA) peut être utilisé comme antidote pour trois AOD afin de réduire l'absorption du médicament. France Leblanc, infirmière au Centre antipoison du Québec, précise que le CBA en dose unique est à considérer lorsque l'ingestion potentiellement toxique remonte à moins d'une heure et qu'il n'existe pas de contre-indications (p. ex., voies respiratoires non protégées, score de Glasgow de moins de 15, occlusion intestinale, ingestion de corrosif ou d'hydrocarbure aliphatique) (Association

canadienne des centres antipoison, 2018<sup>1</sup>). Le facteur temps post-ingestion est important, puisque du CBA pris tardivement dans une situation impliquant les médicaments de cet article ne serait d'aucune utilité. On peut joindre le Centre antipoison du Québec au 1 800 463-5060.

### Évaluation de l'aptitude à conduire des personnes âgées

Au sujet de l'article « Évaluation de l'aptitude à conduire des personnes âgées » (septembre-octobre 2018), il importe de souligner que le formulaire devant être rempli par l'infirmière est la « Déclaration d'inaptitude à conduire un véhicule routier », et non le formulaire M-28. Nous aimerions aussi préciser que si l'évaluation pratique ne révèle pas un besoin d'évaluation plus poussée pour un aîné présentant une atteinte cognitive, un suivi doit être institué, initialement aux douze mois, afin de s'assurer que l'évolution de ses symptômes ne compromet pas son aptitude à conduire. Il en est de même lorsque l'évaluation sur route est réussie chez des patients jugés à risque lors du dépistage en milieu clinique. Finalement, comme souligné dans l'article, nous insistons sur le fait que l'infirmière doit appuyer son jugement clinique quant aux capacités de l'aîné à conduire son auto sur un maximum de variables lors de son évaluation. Cela fera en sorte que son évaluation sera plus juste.

#### 1. Référence

Association canadienne des centres antipoison. (2018). Guide canadien des antidotes en toxicologie d'urgence. Repéré à <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/antidotes>

## MICROPROGRAMME DE 1<sup>ER</sup> CYCLE EN SOINS CRITIQUES (15 crédits)

*Programme révisé - Offert à distance*  
**DÈS L'HIVER 2019**

- Développez vos compétences en soins critiques : traumatologie, soins d'urgence, évaluation globale et physiopathologie.
- Bénéficiez de l'enseignement multidisciplinaire offert par plusieurs intervenants experts dans leur domaine.
- Obtenez un diplôme universitaire de 1<sup>er</sup> cycle en réalisant seulement 5 cours.

*Ce cours est offert entièrement à distance : sans sortir de chez soi et selon son horaire!*

**INFORMATION**  
sc-sante@uqat.ca  
819 762-0971 poste 2619  
[uqat.ca/sante](http://uqat.ca/sante)

**UQAT**  
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC  
EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

## PROCHES AIDANTS

# Proportion élevée de symptômes dépressifs

La santé des proches aidants peut se dégrader quand ils s'occupent d'une personne ayant été hospitalisée en soins critiques. Cette conclusion s'est imposée aux chercheurs du Groupe canadien de recherche en soins intensifs qui ont suivi pendant sept ans 238 proches aidants s'étant dévoués auprès d'une personne ayant été hospitalisée pendant au moins sept jours dans une unité de soins intensifs (Cameron et al., 2016).

par GUY SABOURIN

L'objectif de l'étude était de documenter leurs symptômes dépressifs, leur bien-être psychologique, leur qualité de vie, leur sentiment d'avoir le contrôle sur leur vie et les conséquences pour eux de devoir s'occuper d'autrui tout en menant leurs propres activités.

Les données des chercheurs proviennent de l'hôpital et de questionnaires remplis par les proches aidants sept jours puis trois, six et douze mois après la sortie du patient de l'unité de soins intensifs. L'âge moyen des proches aidants était de 53 ans, 70 % étaient des femmes et 61 % s'occupaient d'un conjoint ou d'une conjointe. Un pourcentage élevé d'entre eux (67 % initialement et 43 % au bout d'un an) ont déclaré de hauts niveaux de symptômes dépressifs. Ces symptômes diminuent dans l'année chez 84 % d'entre eux.

Les symptômes de dépression et de mal-être psychologique sont plus marqués chez les proches aidants plus jeunes, chez ceux pour

qui soutenir un proche occasionne davantage de répercussions sur leurs autres activités, qui reçoivent moins de soutien et qui ont l'impression d'avoir moins de contrôle sur leur vie. Ceux dont la santé physique a été la plus affectée donnaient davantage de soins, étaient plus âgés et avaient un revenu familial annuel inférieur à 50 000 \$.

« *Nous tenons trop souvent pour acquis la santé des proches aidants.* »

## BESOINS DU PROCHE AIDANT

« Nous sommes conscients du stress vécu par nos patients aux soins intensifs, mais nous tenons trop souvent pour acquis la santé de leurs proches aidants, déplore le Dr Ken Flegel, professeur de médecine à l'Université McGill, dans un éditorial du *Canadian Medical Association Journal*. [...] Nos patients sont soulagés par la médication, parfois par le sommeil. Mais leurs proches aidants, eux, doivent soudainement faire face à la nécessité de répondre aux besoins d'un être cher en même temps qu'à leurs propres besoins. » (Flegel, 2017).

Il est impossible d'empêcher tout stress chez un proche aidant, mais on peut le diminuer, ajoute-t-il. « La première chose à faire, comme professionnel de la santé, est de déterminer qui est le proche aidant et de lui demander comment il fait face à la situation. » On discutera avec lui de l'importance de rester bien portant, conseille le Dr Flegel, car la présence du proche aidant en soi est un facteur contribuant à la guérison du patient. Le proche aidant doit donc admettre qu'il est tout à fait légitime de s'occuper de soi.

De plus, les rencontres du patient et du proche aidant ensemble avec le professionnel de la santé sont importantes afin que les deux entendent et comprennent la même information.

« Les rencontres avec le proche aidant seul le sont tout autant, afin de donner à ce dernier l'assurance que ses préoccupations sont comprises, qu'il a la capacité de fournir certains soins requis et qu'il est formé pour le faire. De l'information claire sur le diagnostic, le pronostic et les décisions à prendre doivent être fournies tôt au proche aidant et uniquement par des professionnels de la santé faisant partie de l'équipe soignante du patient. » Enfin, il est important qu'il ait accès à du répit, à du soutien (émotionnel, matériel, informationnel) et à une liste de ressources auxquelles il peut faire appel au besoin. ●

## RÉFÉRENCES

- Cameron, J. I., Chu, L. M., Matte, A., Tomlinson, G., Chan, L., Thomas, C., ... Herridge, M. S. (2016, 12 mai). «One-year outcomes in caregivers of critically ill patients». *New England Journal of Medicine*, 374(19), 1831-1841. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1511160>
- Flegel, K. (2017). «Spousal stress in acute illness». *Canadian Medical Association Journal*, 189(3), E98. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.161449>

**Plaisir**



**Nature**



La Gaspésie recrute des infirmières et des infirmiers

**Joins-toi à notre équipe!**

[www.ciass-gaspesie.gouv.qc.ca/trouver-un-emploi](http://www.ciass-gaspesie.gouv.qc.ca/trouver-un-emploi)

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de la Gaspésie

**Québec**



## Connaissez-vous vraiment la marge de crédit ?

**Vous avez besoin d'argent rapidement ? La marge de crédit est un outil simple qui peut vous aider à réaliser un projet ou rembourser une dépense imprévue.**

### Qu'est-ce que la marge de crédit ?

Une marge de crédit vous donne accès en tout temps à un montant d'argent préautorisé. Vous avez la liberté de l'utiliser comme bon vous semble. Vous pouvez accéder aux fonds facilement avec votre carte de débit, en ligne ou au guichet. Il n'y a pas de frais de service mensuels.

La plus grande qualité de la marge de crédit est sa flexibilité. Le remboursement minimal à effectuer chaque mois correspond souvent au total des intérêts ou à un pourcentage prédéterminé du solde. Vous pouvez donc payer le montant restant au rythme qui vous convient sans pénalité.

### Pourquoi avoir une marge de crédit ?

Le taux d'intérêt d'une marge de crédit est souvent plus bas que celui des autres types de financement. En payant moins d'intérêts, vous direz au revoir à vos dettes plus rapidement!

La marge de crédit peut également vous servir de coussin de sûreté. Parce que vous ne pouvez pas tout prévoir, elle peut s'avérer pratique si vous n'avez pas de fonds d'urgence ou si votre argent placé est difficilement accessible. En un tour de main, vous aurez accès à une somme immédiatement disponible.

### Les différents types de marges de crédit

#### Marge de crédit hypothécaire

Les propriétaires d'une résidence peuvent se voir accorder une marge de crédit garantie par leur maison. En la demandant en même temps que l'hypothèque, aucune visite supplémentaire chez le notaire n'est nécessaire. Les propriétaires bénéficient en outre d'un taux d'intérêt des plus avantageux. Le montant disponible varie selon la valeur nette de la propriété, c'est-à-dire sa valeur moins le montant de l'hypothèque. Ce type de marge est utile pour couvrir des dépenses importantes comme un projet de rénovations majeures.

#### Marge de crédit personnelle

Ce produit est accessible à tous puisqu'il n'exige pas d'être garanti par un bien immobilier. Son taux d'intérêt est généralement plus élevé que celui d'une marge de crédit hypothécaire, quoique nettement inférieur à celui d'une carte de crédit. La marge de crédit personnelle est tout indiquée pour cotiser à votre régime enregistré d'épargne-retraite (REER), vous offrir un voyage de dernière minute ou pallier les imprévus.

#### Marge de crédit pour étudiants

Les étudiants peuvent avoir accès à une marge de crédit adaptée à leur situation personnelle. Elle peut servir à financer leurs études ou aider à couvrir certaines dépenses reliées à un premier appartement.

### Comment la marge de crédit se compare-t-elle à d'autres types de financement ?

#### Prêt personnel

Si vous manquez de discipline pour faire vos remboursements, le prêt personnel est peut-être une meilleure option. Vous devez le rembourser en fonction d'un échéancier précis et ne pouvez pas dépenser à nouveau l'argent remboursé. Par opposition, la marge de crédit se rembourse à votre rythme et les fonds disponibles sont toujours accessibles.

#### Carte de crédit

Avec la carte de crédit, vous profitez d'un délai de 21 jours avant que les intérêts soient calculés. Vous pouvez aussi avoir accès à des programmes de récompenses et d'autres avantages comme des remises en argent. Par contre, le taux d'intérêt est beaucoup plus élevé que celui d'une marge de crédit.

Quels que soient vos projets, votre conseiller financier peut vous aider à choisir le moyen de financement le mieux adapté à vos besoins!

**Banque Nationale propose une offre exclusive aux infirmières et infirmiers.** Pour connaître les avantages liés à cette offre spécialement adaptée, visitez le [bnc.ca/infirmier](http://bnc.ca/infirmier).



Pour tout conseil concernant vos finances et celles de votre entreprise, veuillez consulter votre conseiller de la Banque Nationale, votre planificateur financier ou, le cas échéant, tout professionnel (comptable, fiscaliste, avocat, etc.).

<sup>MC</sup> RÉALISONS VOS IDÉES est une marque de commerce de la Banque Nationale du Canada.

# À PROPOS DU *sommeil* et de la *santé des* *travailleurs* de nuit

par **DALILA BENHABEROU-BRUN**  
B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.

En Amérique du Nord, environ 20 % des travailleurs ont un horaire de travail atypique, en dehors de la plage s'étalant de 9 heures à 18 heures. Les recherches ont établi que si certaines approches permettent de minimiser les impacts négatifs, d'autres causent plutôt des effets délétères sur la santé et sur la qualité de vie des personnes travaillant la nuit. Les stratégies d'adaptation demeurent des éléments clés pour aider à mieux gérer les conséquences de ce type d'horaire.

**L'AUTEURE**

**DALILA BENHABEROU-BRUN**  
B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.

Rédactrice indépendante, elle publie des articles et des ouvrages en soins infirmiers sur des sujets cliniques.

## SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



**01. Le travail de nuit cause des troubles sévères du sommeil chez tous les travailleurs de nuit.**

Réponse: Faux

Le travail de nuit cause plusieurs problèmes de santé à divers degrés. La vaste majorité des travailleurs de nuit souffrent de troubles du sommeil qui peuvent être mineurs ou sévères : difficultés d'endormissement, réveils fréquents ou précoces, sensation de ne pas être reposé (Vallières, Azaiez, Moreau, LeBlanc et Morin, 2014). À l'opposé, certaines personnes ne rapportent aucune conséquence particulière. Ces dernières semblent plus tolérantes aux horaires nocturnes et on sait que certaines personnes réussissent à s'adapter (Boudreau, Dumont et Boivin, 2013). En plus des problèmes de sommeil, des études ont démontré que les travailleurs de nuit souffrent plus fréquemment de troubles digestifs et cardiovasculaires, d'obésité et de troubles de l'appétit (Kervezee, Shechter et Boivin, 2018; Ko, 2013; Liu et al., 2018; Vallières et al., 2014). Des recherches plus récentes ont établi un lien entre le travail de nuit et un risque plus élevé de souffrir d'un cancer du sein (Wegrzyn et al., 2017).

**02. Le sommeil de jour est aussi réparateur que le sommeil de nuit.**

Réponse: Faux

Le sommeil occupe près de 30 % de notre vie. Il est réparti en cycles de 90 minutes (sommeil léger, profond et paradoxal) totalisant 6 à 10 heures selon l'âge et les particularités individuelles. Les humains sont des êtres diurnes, programmés pour dormir la nuit et être réveillés le jour. Il existe des grands et des petits dormeurs. En moyenne, les travailleurs de nuit dorment 1,5 à 2 heures de moins que les travailleurs de jour (Dumont, n.d.) : cela augmente le déficit de sommeil et perturbe les rythmes biologiques (sécrétion de diverses hormones, température corporelle, appétit, etc.). Le sommeil de jour est non seulement de plus courte durée, mais il est aussi moins profond, donc moins réparateur.

**03. La prise de médicaments est recommandée pour contrer les troubles du sommeil des travailleurs de nuit.**

Réponse: Faux

Plusieurs travailleurs de nuit consomment régulièrement des hypnotiques pour mieux dormir (Futenma et al., 2015). Ces molécules ont une efficacité limitée et il n'est pas prouvé qu'elles améliorent la qualité du sommeil (Liira et al., 2014). De plus, il existe un phénomène de dépendance aux médicaments en sus d'une perturbation du sommeil de nuit pendant les périodes de congé (Dumont, n.d.).



## NOUS EMBAUCHONS

**CHOISIS UN POSTE AUX  
AVANTAGES BIEN RÉELS**

Une carrière  
qui fait du bien

[groupesantenadon.com/carrieres](http://groupesantenadon.com/carrieres)

#### 04. Les travailleurs de nuit sont plus vulnérables aux problèmes de santé mentale.

Réponse:  Vrai

Les travailleurs de nuit rapportent passer moins de temps avec leurs proches à cause de leurs horaires décalés et de leur fatigue chronique; cette réalité peut avoir un impact sur leur équilibre mental (Fondation Sommeil, n.d.b). Le travail de nuit exposerait les travailleurs à un plus haut risque de dépression (Lee et al., 2017). L'horaire de nuit cause aussi des troubles de l'humeur, de l'anxiété et de l'isolement (Boudreau et al., 2013; Vallières et al., 2014).

#### 05. L'exposition à la lumière affecte la sécrétion de mélatonine.

Réponse:  Vrai

La mélatonine, appelée hormone du sommeil, est normalement sécrétée pendant la nuit dans l'obscurité. Les travailleurs exposés à la lumière verraient leur niveau de mélatonine diminuer après plusieurs nuits (Dumont et Paquet, 2014). La sécrétion de cette hormone est inhibée notamment par la lumière bleue (Association des optométristes du Québec, n.d.; Touitou, 2015). Des chercheurs québécois ayant mené une étude pilote suggèrent de porter des lunettes à verres orangés le matin au retour à la maison afin d'empêcher l'exposition à la lumière bleue et de ne pas entraver la production de mélatonine (Sasseville et Hébert, 2010). D'autres recherches visent à comprendre comment l'exposition à la lumière pendant la nuit et le jour peut affecter les rythmes circadiens et la santé des personnes (Figueiro, 2017; Hansen, 2017).

#### 06. Il existe diverses stratégies pour atténuer les effets néfastes du travail de nuit.

Réponse:  Vrai

Il est recommandé aux travailleurs de nuit de mettre en place des stratégies d'adaptation en aménageant leur environnement de sommeil et en ayant une bonne hygiène de vie (Fondation Sommeil, n.d.a). On leur suggère de dormir dans une pièce sombre et fraîche, de porter des bouchons d'oreille pendant le sommeil de jour, d'éviter de consommer de la caféine et des stimulants dans les cinq heures avant le coucher, de faire des siestes avant et après le travail de nuit, de s'alimenter de façon adéquate et de faire de l'exercice avant d'aller au travail (Geiger-Brown et al., 2016; Gifkins, Johnston et Loudoun, 2018; Neil-Sztramko, Pahwa, Demers et Gotay, 2014). Chaque travailleur de nuit doit tenter d'appliquer les approches qui lui conviennent afin de contrer les effets néfastes des horaires de nuit et d'améliorer sa qualité de vie.

#### RÉFÉRENCES

- Association des optométristes du Québec. (n.d.). « Lumière bleue ». Repéré à <https://www.aognet.qc.ca/votre-vision-et-vos-yeux/protection-des-yeux/lumiere-bleue/>
- Boudreau, P., Dumont, G. A. et Boivin, D. B. (2013). « Circadian adaptation to night shift work influences sleep, performance, mood and the autonomic modulation of the heart ». *PLoS ONE*, 8(7), e70813. Repéré à <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070813>
- Dumont, M. (n.d.). « Stratégies pour travailleurs de nuit ». Société canadienne du sommeil. Repéré à <https://scs-css.ca/ressources/brochures/travailleurs-de-nuit>
- Dumont, M. et Paquet, J. (2014). « Progressive decrease of melatonin production over consecutive days of simulated night work ». *Chronobiology International*, 31(10), 1231-1238. Repéré à <https://doi.org/10.3109/07420528.2014.957304>
- Figueiro, M. G. (2017). « Disruption of circadian rhythms by light during day and night ». *Current Sleep Medicine Reports*, 3(2), 76-84. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s40675-017-0069-0>
- Fondation Sommeil. (n.d.a). « Améliorer le sommeil des travailleurs ». Repéré à <https://fondationsommeil.com/ameliorer-sommeil-travailleurs/>
- Fondation Sommeil. (n.d.b). « Les conséquences du travail de nuit ». Repéré à <https://fondationsommeil.com/consequences-du-travail-nuit/>
- Futenma, K., Asaoka, S., Takaesu, Y., Komada, Y., Ishikawa, J., Murakoshi, A., ... Inoue, Y. (2015). « Impact of hypnotics use on daytime function and factors associated with usage by female shift work nurses ». *Sleep Medicine*, 16(5), 604-611. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.11.018>
- Geiger-Brown, J., Sogherian, K., Zhu, S., Wieroniewy, M. A., Blair, L., Warren, J., ... Szeles, R. (2016). « CE: Original research: Napping on the night shift: A two-hospital implementation project ». *The American Journal of Nursing*, 116(5), 26-33. Repéré à <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000482953.88608.80>
- Gifkins, J., Johnston, A. et Loudoun, R. (2018). « The impact of shift work on eating patterns and self-care strategies utilised by experienced and inexperienced nurses ». *Chronobiology International*, 35(6), 811-820. Repéré à <https://doi.org/10.1080/07420528.2018.1466790>
- Hansen, J. (2017). « Night shift work and risk of breast cancer ». *Current Environmental Health Reports*, 4(3), 325-339. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s40572-017-0155-y>
- Kervezee, L., Shechter, A. et Boivin, D. B. (2018). « Impact of shift work on the circadian timing system and health in women ». *Sleep Medicine Clinics*, 13(3), 295-306. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2018.04.003>
- Ko, S. B. (2013). « Night shift work, sleep quality, and obesity ». *Journal of Lifestyle Medicine*, 3(2), 110-116.
- Lee, A., Myung, S.-K., Cho, J. J., Jung, Y.-J., Yoon, J. L. et Kim, M. Y. (2017). « Night shift work and risk of depression: Meta-analysis of observational studies ». *Journal of Korean Medical Science*, 32(7), 1091-1096. Repéré à <https://doi.org/10.3346/jkms.2017.32.7.1091>
- Liira, J., Verbeek, J. H., Costa, G., Driscoll, T. R., Sallinen, M., Isotalo, L. K. et Ruotsalainen, J. J. (2014). « Pharmacological interventions for sleepiness and sleep disturbances caused by shift work ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(8). Repéré à <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009776.pub2>
- Liu, Q., Shi, J., Duan, P., Liu, B., Li, T., Wang, C., ... Lu, Z. (2018). « Is shift work associated with a higher risk of overweight or obesity? ». *International Journal of Epidemiology*. Repéré à <https://doi.org/10.1093/ije/dyy079>
- Neil-Sztramko, S. E., Pahwa, M., Demers, P. A. et Gotay, C. C. (2014). « Health-related interventions among night shift workers: A critical review of the literature ». *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(6), 543-556. Repéré à <https://doi.org/10.5271/sjweh.3445>
- Sasseville, A. et Hébert, M. (2010). « Using blue-green light at night and blue-blockers during the day to improve adaptation to night work: A pilot study ». *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(7), 1236-1242. Repéré à <https://doi.org/10.1093/ije/dyy079>
- Touitou, Y. (2015). « Light at night pollution of the internal clock, a public health issue ». *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 199(7), 1081-1098.
- Vallières, A., Azaiez, A., Moreau, V., LeBlanc, M. et Morin, C. M. (2014). « Insomnia in shift work ». *Sleep Medicine*, 15(12), 1440-1448. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.06.021>
- Wegrzyn, L. R., Tamimi, R. M., Rosner, B. A., Brown, S. B., Stevens, R. G., Eliassen, A. H., ... Schernhammer, E. S. (2017). « Rotating night-shift work and the risk of breast cancer in the nurses' health studies ». *American Journal of Epidemiology*, 186(5), 532-540. Repéré à <https://doi.org/10.1093/aje/kwx140>

# Transmission d'un résultat d'examen et suivi au patient

Le service de consultation professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) reçoit régulièrement des questions à propos de la transmission d'un résultat d'examen ou d'analyse à un patient par les infirmières. Qu'en est-il vraiment? Qui est responsable de transmettre l'information au patient et d'assurer le suivi auprès de lui par la suite?

La transmission des résultats d'examen ou d'analyse au patient ainsi que le suivi clinique requis par son état de santé relèvent du professionnel de la santé qui a prescrit l'examen ou l'analyse.

## EXAMEN PRESCRIT PAR UN MÉDECIN

Selon l'article 32 du *Code de déontologie des médecins* :

« Le médecin qui a examiné, investigué ou traité un patient est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient, à la suite de son intervention, à moins de s'être assuré qu'un autre médecin, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à sa place. »

## EXAMEN PRESCRIT PAR UNE INFIRMIÈRE

Selon l'article 44.1[3] du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, l'infirmière ou l'infirmier habilité à prescrire :

« doit, lorsqu'il prescrit un examen ou une analyse de laboratoire, en assurer le suivi requis par l'état du client, à moins de s'être assuré qu'une autre infirmière ou un autre infirmier, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à sa place. »

En somme, l'infirmière détenant un numéro de prescripteur (OIIQ, 2018) ou une infirmière praticienne spécialisée « doit prendre les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins et des traitements » du patient (*Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, art. 44). Lorsqu'elle prescrit un examen ou une analyse, ou qu'elle transmet des résultats, l'infirmière engage sa responsabilité professionnelle.

Également, elle « doit agir avec compétence » (OIIQ, 2005). Elle « doit notamment tenir compte des limites de ses habiletés et connaissances » (*Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, art. 17) afin d'assurer le suivi du patient, de répondre à ses questions et de procéder à l'ajustement de son traitement s'il y a lieu (p. ex., suivi d'anticoagulothérapie). Advenant une situation où elle n'est pas en mesure d'assurer ces activités professionnelles, elle doit consulter un autre professionnel de la santé ou diriger le patient vers celui-ci (*Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, art. 19).

L'infirmière doit faire preuve de prudence et de diligence (OIIQ, 2013) dans l'exercice de sa profession. Elle ne peut pas transmettre un résultat à un patient pour lequel des précisions sont nécessaires au sujet de son diagnostic, de son pronostic ou de son plan de traitement médical.

## COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Bien que la responsabilité de recevoir les résultats d'examen ou d'analyse de laboratoire et d'assurer le suivi clinique requis incombe au prescripteur, les professionnels, dans un esprit de collaboration, doivent prévoir des mécanismes de suivi de clientèle afin de favoriser l'accès aux soins et d'éviter un bris de service, voire des préjudices à la population.

## CONCLUSION

Il revient à l'établissement de santé de se doter d'une structure sécuritaire de transmission de résultats d'examen ou d'analyse qui tienne compte des champs d'exercice des différents professionnels de la santé. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*

confère à l'établissement de santé une obligation stricte d'assurer une prestation de services de qualité qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des patients ainsi que de leurs besoins (AQESSS/ACMDPQ/CMQ, 2012). ●

## RÉFÉRENCES

AQESSS/ACMDPQ/CMQ (2012). « Cadre de gestion pour le suivi sécuritaire des résultats d'investigation ou de dépistage ». Montréal : AQESSS.

« Code de déontologie des infirmières et infirmiers », RLRQ, c. I-8, r. 9.

« Code de déontologie des médecins », RLRQ, c. M-9, r. 17.

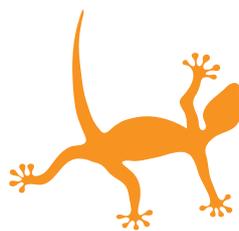
« Loi sur les services de santé et les services sociaux », RLRQ, c. S-4.2.

OIIQ. (2005). « Chronique déontologique – La compétence professionnelle, une obligation déontologique ». Repéré à <https://www.oiiq.org/la-competece-professionnelle-une-obligation-deontologique>

OIIQ. (2013). « Chronique déontologique – Disponibilité et diligence : question de prudence! ». Repéré à <https://www.oiiq.org/disponibilite-et-diligence-question-de-prudence->

OIIQ. (2018). « Chronique déontologique – Droit de prescrire : obligations déontologiques ». Repéré à <https://www.oiiq.org/droit-de-prescrire-obligations-deontologiques?inheritRedirect=true&redirect=%2Fpratique-professionnelle%2Fdeontologie%2Fchroniques-deontologiques>

## RABAIS DE 25 \$ SI VOUS MENTIONNEZ CETTE ANNONCE



## Formation dancing gecko

**L'entretien motivationnel (EM)** est destiné aux intervenants et aux psychothérapeutes ayant des clients désireux d'apporter des changements dans leur vie. En l'absence d'outils spécialement adaptés comme l'EM, ces clients peuvent avoir du mal à rompre avec l'ambivalence qui les caractérise.

Assistez à l'une de nos formations\* créées précisément pour vous permettre de guider vos clients vers une transition harmonieuse et de développer des habiletés en ce sens.

\*formations accréditées par l'OPQ et l'OTSTCFQ

**Rachel Green, Ph. D., psychologue**  
FORMATRICE ET INTERVENANTE EN ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

1857, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 318  
Montréal (Québec) H3H 1J9

**438 878-0504**  
**midancinggecko@gmail.com**

**[www.entretienmotivationnelmontreal.org](http://www.entretienmotivationnelmontreal.org)**





Tirez le meilleur parti de votre adhésion.

Obtenez des tarifs préférentiels et une protection qui répond à vos besoins.

**Vous pourriez économiser gros\*  
quand vous combinez vos  
tarifs préférentiels de membre  
et regroupez vos assurances  
habitation et auto.**

Programme d'assurance habitation  
et auto recommandé par



### Profitez pleinement de votre adhésion.

En tant que membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, vous avez accès au programme TD Assurance Meloche Monnex. Ainsi, vous bénéficiez de tarifs préférentiels sur toute une gamme de protections d'assurance habitation et auto personnalisables selon vos besoins.

Depuis plus de 65 ans, TD Assurance aide les Canadiens à trouver des solutions d'assurance habitation et auto de qualité.

Ayez l'assurance que votre protection habitation et auto répond à vos besoins. Demandez une soumission.

HABITATION | AUTO | VOYAGE

Obtenez une soumission et découvrez combien  
vous pourriez économiser!  
Composez le 1-866-269-1371  
ou allez au [tdassurance.com/oiiq](http://tdassurance.com/oiiq)

